PRZEGLĄD CHIRURGICZNY I GINEKOLOGICZNY

DWUMIESIĘCZNIK

REDAKTOR ANTONI LEŚNIOWSKI

WYDAWCA CZESŁAW STANKIEWICZ

TOM I. ZESZYT I.

1 LIPCA 1909.

WARSZAWA

CZCIONKAMI L. BILIŃSKIEGO I W. MAŚLANKIEWICZA, NOWOGRODZKA 17.

PRZEGLĄD Chirurgiczny i Ginekologiczny

TOM I. ZESZYT I. LIPIEC. 1909.

Słowo wstępne.

Ut desint vires, tamen est laudanda voluntas.

Co pobudza nas do wydawania nowego pisma?

Każde żywotne społeczeństwo w miarę posuwania się naprzód wytwarza niebawem nowe instytucye, nowe organy gwoli zaspokojenia wraz z rozwojem zjawiających się nowych potrzeb. Społeczeństwa lekarskie, po dojściu do okresu zróżniczkowania się na pojedyńcze odłamy — specyalności, dla uczynienia zadość jednej z najistotniejszych swych potrzeb, wytworzyły obok pism o kierunku t. zw. „ogólnym“ — prasę specyalną. Zbytecznie jest przekonywać kogokolwiek o wielorakich stąd dla nauki lekarskiej płynących korzyściach!

Nasz ogół lekarski w znacznym stopniu uległ już zróżniczkowaniu się na specyalności. W następstwie ciężkich warunków zewnętrznych rozwój naszej prasy lekarskiej nie zupełnie jednak podążał za postępem nauki lekarskiej.

Do niedawna jeszcze składała się polska prasa lekarska wyłącznie z pism o kierunku „ogólnym“. Jakkolwiek wydawane przez grona, ożywione najlepszemi chęciami, z poświęceniem dużego nakładu pracy i z poważną ofiarą materyalną, od pewnej chwili nie były one już w stanie zaspokoić całkowicie potrzeb wszystkich swoich czytelników. Odczuwały to redakcye owych pism. By zaradzić złemu, wprowadzano raz te, to znów inne zmiany. Zmiany te, podnosząc wartość ogólnych pism jako takich, nie czyniły wszakże zadość wymaganiom czy-

telników—specyalistów. Do tego należało obok prasy ogólnej stworzyć prasę specyalną.

Istotny stan rzeczy trafnie ocenił ś. p. Władysław Krajewski. On pierwszy w r. 1893 zaczął wydawać specyalne pismo lekarskie polskie: „Przegląd Chirurgiczny“, które następnie przy pomocy Adama Karczewskiego i Samuela Grosglika do r. 1907 wydawał.

Wydawnictwo to, pomimo swój tytuł, miało program bardzo rozległy, gdyż, jak to mówi Krajewski w przedmowie do pierwszego zeszytu „Przeglądu Chirurgicznego“, było ono poświęcone całej zewnętrznej medycynie. Nie był to zatem, ściśle mówiąc, organ specyalny, lecz była to pierwsza próba wyodrębnienia z piśmiennictwa ogólnego pewnych działów, pozostających w najbliższem z sobą pokrewieństwie. Krajewski był zdania, że „nie doroślismy jeszcze do tego, aby każda z gałęzi medycyny zewnętrznej była reprezentowana przez odrębne pismo“.

Od owej chwili minęło 16 lat. Z ogólnej medycyny zewnętrznej wyodrębniły się pojedyncze specyalności, które zdobyły się niebawem na własne organy prasy. W r. 1899 powstało polskie pismo, poświęcone wyłącznie chorobom oczu, w r. 1906 — chorobom skóry i płciowym. W r. 1903 zaczął wydawać Czesław Stankiewicz pismo „Ginekologię“; powołany na wojnę w kwietniu 1905 r., był zmuszony przerwać swą pożyteczną pracę. W lutym r. b. wydał on ostatni zeszyt, który mieści dokończenie prac, rozpoczętych poprzednio, oraz prace, pozostałe jeszcze w tece redaktorskiej.

W chwili obecnej chirurgia i ginekologia polska, dwie rodzone siostrzyce, nie posiadają własnego organu. A tymczasem liczba chirurgów i ginekologów polskich wciąż wzrasta. Rozpraszają się oni po całym kraju, stwarzają coraz nowe ogniska pracy. W ogniskach tych, a więc w klinikach, a więc w oddziałach szpitalnych praca wre. Myśl nasza zbiorowa nie śpi. Przetrawia one zdobycze, podawane przez obcą naukę, tu i owdzie—zdobywa się na twórczość samoistną. Dorobek nasz naukowy chirurgiczny i ginekologiczny niewątpliwie nie mały, nie pośledni...

W celu odzwierciadlenia tego dorobku zbiorowego w całej jego pełni niezbędny jest organ specyalny. Niezbędny jest

on i dla tego, by chirurdzy i ginekolodzy polscy mogli tyle razy, ile zechcą, zabierać głos, nie skrępowani ani pod względem rodzaju tematu, ani pod względem rozmiarów swego przemówienia. Wydawanie takiego organu jest dziś naszym obowiązkiem.

W tej oto myśli przystępujemy do wydawnictwa, które będzie poniekąd dalszym ciągiem „Przeglądu Chirurgicznego“ i „Ginekologii“. Pragniemy stworzyć organ, któryby ogniskował cały dorobek myśli zbiorowej chirurgów i ginekologów polskich; pragniemy, by w piśmie naszem, jak w zwierciadle, dokładnie i wszechstronnie znajdował odbicie całkowity rozwój 2-ch tych dużych odłamów nauki naszej.

Przystępujemy do wydawnictwa ufni, że usiłowania nasze znajdą gorące poparcie ze strony wszystkich kolegów, zwłaszcza tych, którzy pracują na niwie chirurgii i ginekologii polskiej.

Lipiec 1909.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału chirurgicznego szpitala Św. Ducha w Warszawie.

Amputacya miednicy wraz z kończyną dolną.

(Exarticulatio interilio-abdominalis. Amputatio interpelvi-abdominalis. Amputatio pelvis).

podał

Prof. Dr. LEON KRYŃSKI.

Postępy techniki chirurgicznej ostatniego lat dziesiątka dają nam możność coraz szerszego zakreślania granic w leczeniu nowotworów złośliwych. O ile dokładna dyagnostyka pozwala na wkraczanie chirurgii we wcześniejszych okresach rozwoju nowotworu, o tyle doskonalenie strony operacyjnej coraz dalej odsuwa kres owej „operabilitas", rozstrzygającej o możliwości ratowania chorego. Dotyczy to przedewszystkiem zabiegów w trzech wielkich jamach ustroju — czaszkowej, piersiowej i brusznej, — gdzie terenem tych zabiegów stały się narządy i okolice, będące dotąd noli tangere dla wszelkich zakusów lecznictwa chirurgicznego.

Nadto obowiązująca dziś w chirurgii zasada doszczętności w operowaniu nowotworów złośliwych odbija się coraz dodatniej na odsetce wyleczeń doszczętnych, pogłębiając tem samem zaufanie do „noża", który, pomimo zjawiania się na horyzoncie terapii różnych surowic, stosowań elektryczności w licznych postaciach lub innych metod swoistych o również efemerycznej wartości, stanowi dotychczas jedyną drogę, mogącą w trudnem tem zadaniu prowadzić do celu.

W zakresie leczenia nowotworów kończyn wskazania lecznicze, ogólnie mówiąc, wyrażają się prosto: operować jaknajwcześniej, wycinać nowotwór jaknajobszerniej w tkankach zdrowych wraz z najbliższymi gruczołami i drogami chłonnemi, poświęcając całą kończynę wrazie obszerniejszego usadowienia

się nowotworu. To ostatnie stanowi, przy uwzględnieniu stanu ogólnego chorego ustroju, rozstrzygające kryteryum operowalności w każdym przypadku, będące znów wypadkową sumy naszych wiadomości patologicznych i naszej sprawności chirurgicznej. To też przypadki nowotworu kości miednicy i górnego końca kości udowej w ostatnich dopiero czasach stały się przedmiotem leczenia operacyjnego, polegającego na odjęciu całej kończyny dolnej razem z połową lub częścią miednicy.

Operacya ta datuje się od lat piętnastu, albowiem w roku 1894 chirurg lyoński Jaboulay ogłosił ją poraz pierwszy pod nazwą „la desarticulation inter-ilio-abdominale". Od tego czasu ogłoszono już z górą 20 przypadków w ten sposób operowanych, jako to zobaczymy poniżej. W literaturze chirurgicznej polskiej nie mamy dotąd ani jednego spostrzeżenia tego rodzaju. Podaję przeto swój przypadek, w którym z powodu guza złośliwego, mięsaka uda i miednicy, wykonałem przed trzema miesiącami operacyę odjęcia połowy miednicy wraz z kończyną dolną

Myśl takiej operacyi, której Jaboulay pierwszy nadał postać umotywowanego i celowego zabiegu klinicznego, o trzy lata wcześniej powzięta była przez Billrotha, ktory ją wprowadził w wykonanie w jednym przypadku, zakończonym niepomyślnie bardzo rychło po operacyi. Przypadek ten nie był nigdzie ogłoszony, szczegółów więc dokładniejszych o nim nie wiemy.

Opisując proponowany i wykonany przez się zabieg, podaje Jaboulay jako wskazania doń: a) guzy złośliwe — osteosarcomata uda i miednicy, dla których nie wystarcza zarówno wyłuszczenie kości udowej, jak i wycięcie skrzydła kości biodrowej; b) obszerne zniszczenie wskutek spraw zapalnych kości biodrowej i udowej o licznych przetokach i ropieniu, wyniszczającem chorego i c) rozległe zniszczenie urazowe.

Podane przez niego postępowanie operacyjne streścić się da w następujących punktach: 1. Cięcie równoległe do więzu pachwinowego i dalej ku tyłowi wzdłuż grzebienia kości biodrowej; cięciem tem przecina się wszystkie warstwy ściany brzucha aż do otrzewnej, którą unosi się ku górze, aby odsłonić naczynia biodrowe wspólne i podwiązać je. 2. Wykrojenie płata za pomocą następujących cięć: kolistego naokoło

uda w jego części górnej i dwóch podłużnych, idących od środka tego cięcia na przedniej powierzchni uda ku górze — jedno do guzka łonowego, drugie do kolca biodrowego przedn. górn. W ten sposób powstaje duży płat skóry czworokątny, mający za podstawę przestrzeń pomiędzy kolcem tylnym (spina ilei post. sup.) a odbytem. 3. Po odsunięciu wraz z otrzewną sznurka nasiennego wzgl. więzu okrągłego ku wewnątrz, uwalnia się od przyczepów mięśniowych kość i spojenie łonowe, które przecina się w linii środkowej, poczem rozsunąwszy od siebie obie kości łonowe, oddziela się od powierzchni wewnętrznej przyczepiające się tam mięśnie i narządy. Posuwając się ku tyłowi po powierzchni talerza biodrowego i oddzielając mięśnie i więzadła wnętrza miednicy dochodzi się do spojenia krzyżowo-biodrowego (synchondrosis sacro-iliaca), które pod wpływem mocnego rozciągania kości miednicy napina się mocno i daje się przeciąć nożem. Pozostaje przecięcie przyrządu więzadłowego, łączącego kości miednicy z dolną częścią kręgosłupa i kością krzyżową, tudzież gałęzi nerwowych splotu lędźwiowego i krzyżowego — i operacya ukończona. W końcu zeszycie częściowe mięśni i pokrycie tej olbrzymiej rany wykrojonym płatem skórnym.

Przedstawiona operacya Jaboulay uległa późniejszym odmianom ze strony innych chirurgów (Girard, Bardenheuer, Savariaud, Kocher). Zmiany te, pomijając samo wykrawanie płatów skórnych, dotyczą przedewszystkiem sprawy zapobiegania krwawieniu podczas operacyi, jako też sposobu przecinania kości łonowych i, jak zobaczymy, wpłynęły dodatnio na całość zabiegu.

Łatwo zrozumieć jednak, że zabieg ten „eine so formidable Operation" według Kochera, stanowi dla chorego przejście tak ciężkie, że nie decyduje się chirurg nań z lekkiem sercem. Najczęściej dotychczas wykonywano ją w przypadkach nowotworów złośliwych, tak posuniętych, że stosowanie zabiegu mniej obrażającego nie przedstawiało żadnych widoków powodzenia, a więc u chorych w okresie pewnego już charłactwa nowotworowego. Tem poniekąd objaśnić należy niepomyślne wyniki w ogromnej większości operowanych przypadków. Liczba ich wszystkich, ogłoszonych dotychczas, wynosi 24, jak to przedstawia następujące zestawienie.

Liczba	Rok	Operator	Rozpoznanie	Wynik	Ogłoszenie
1	1891	Billroth	—	Śmierć zaraz po operacyi	Według Savariaud Revue de chir. 1902.
2	1894	Jaboulay	Osteo-sarcoma pelvis	Śmierć następnego dnia wskutek zapaści.	Lyon medical. 1892.
3	1895	Jaboulay	Sarcoma recid. femoris	Śmierć po 36 godz. wskutek posocznicy.	Province med. 1892.
4	1894	Cacciopoli	Sarcoma pelvis et femoris	Śmierć po 3 godzinach. Przerzuty w płucach.	Riforma med. 1894.
5	1895	Girard	Sarcoma femoris et pelvis	Wyzdrowienie. W 6 miesięcy potem nawrót w miejscu operacyi.	Revue de chir. 1895.
6	1895	Girard	Caries tbc. coxae	Śmierć w godzinę po operacyi.	Revue de chir. 1898.
7	1897	Bardenheuer	Coxitis tbc. et caries pelvis	Wyzdrowienie.	Verhandl. d. deutsch. Gesell. f. chir. 1897.
8	1898	Girard	Sarcoma femoris	Wyzdrowienie. W pół roku potem śmierć z powodu przerzutów w płucach.	Revue de chir. 1898.
9	1899	Faure	Osteo-sarcoma os. ilei	Operacya nieskończona z powodu krwotoku, śmierć.	Revue de gynecol. 1899.
10	1899	Freeman	Sarcoma os. ilei	Wyzdrowienie.	Annale of. Surger. 1899.
11	1899	Saliszczew	Sarcoma os. ilei et femoris dextri	Wyzdrowienie.	Wracz. 1899.

Liczba	Rok	Operator	Rozpoznanie	Wynik	Ogłoszenie
12	1900	Hogarth Pringle	Caries tbc. coxae	Wyzdrowienie.	The Lancet. 1909.
13	1900	Nanu.	Myxo-sarcoma pelvis	20 dnia po operacyi śmierć wśród objawów zakażenia i zgorzeli kończyny drugiej.	Revue de Chir. 1900.
14	19[illegible]0	Gallet	Sarcoma os. pelvis	Śmierć w godzinę po operacyi.	Societé belge de chir. 1901.
15	1901	Gallet	Caries tbc. os. pelvis	Śmierć po 6 godzinach.	Journal de chir. 1901.
16	1901	Savariand	Sarcoma os. ilei et os-sacri	Śmierć w 2 godz. po operacyi.	Revue de chir. 1902.
17	1902	Morestin	Sarcoma os. pelvis	Śmierć w 9 godzin po operacyi.	Bull. d. Societé anatomique de Paris. 1902.
18	1901	Kocher	Osteo-sarcoma pelvis	Śmierć wśród zapaści po operacyi.	Kocher - Chirurgische Operationslehre. 1907.
19	—	Kocher	Sarcoma os. pelvis	Śmierć.	
20	—	Kadjan	Sarcoma os. pelvis	Śmierć.	
21	1903	Keen i de Costa	Sarcoma os. ilei	Śmierć w 33 godz. po operacyi.	International Clinic. IV.
22	1908	Hogarth Pringle	Sarcoma femoris et pelvis	Wyzdrowienie. Śmierć w 5 miesięcy potem; przerzuty w narzędach wewnętrznych.	The Lancet. 1909
23	1906	Hogarth Pringle	Caries tbc. coxal et ilei	Śmierć w ciagu doby po operacyi.	
24	1909	Pagenstecher	Sarcoma os. pelvis	Wyzdrowienie.	Zjazd chir. w Berlinie. 1909.

Jak widzimy, statystyka tych przypadków nie przedstawia się bynajmniej zbyt zachęcająco: na 24 operacye — 16 razy zejście śmiertelne, 8 razy wyzdrowienie, $^2/_3$ t. j. 67% śmierci, $^1/_3$ t. j. 33% wyników pomyślnych. Dziwnym zbiegiem liczby te odpowiadają dokładnie każdej z dwóch postaci chorobowych, z których powodu operacye były wykonane: na 24 przypadki w 18-u były mięsaki z wynikiem pomyślnym w 6-iu, więc 33%, w 6-iu gruźlica z wyleczonemi 2 przypadkami, a więc znów 33%. Do wyników dodatnich zaliczam te, gdzie chory nie zmarł w następstwie samego zabiegu, jak to było w ogromnej większości przypadków, lecz żył czas dłuższy, przynajmniej kilka tygodni.

Te wyniki, pomyślne na razie, zmieniały się jednak w przebiegu dalszym i w kilku przypadkach kończyły zejściem śmiertelnem, wskutek dalszego rozwoju czy ogólnienia się sprawy nowotworowej. Tak obadwaj chorzy Girarda (№ 5 i 8), który znieśli szczęśliwie zabieg operacyjny, później jednakże padli ofiarą swej choroby: jeden z nich zmarł po 6-iu miesiącach z przyczyny przerzutów nowotworu w płucach, drugi po takimże przeciągu czasu miał już nawrót mięsaka w miejscu operowanem. Podobnież zmarł w 5 mięsięcy po operacyi pacyent Hogartha Pringle'a (№ 22); sekcya wykazała nawrót miejscowy i przerzuty w narządach wewnętrznych.

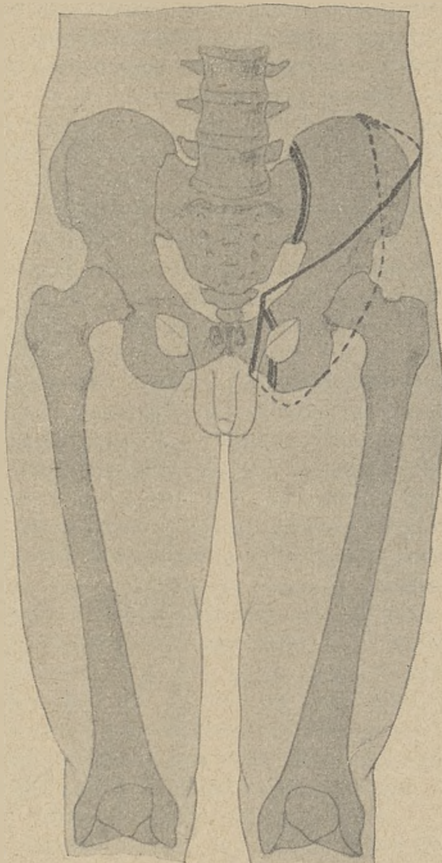
Niewątpliwie, odsetka wyzdrowień jest bardzo mała. Pamiętajmy jednak, że mamy tu do czynienia z nowotworem złośliwym — mięsakiem, a więc cierpieniem bezwzględnie zabójczem, że nawet ta mała liczba wyników pomyślnych — to przypadki rzeczywiście wydarte śmierci, że przeto warto i należy uciec się do zabiegu leczniczego, nawet tak ciężkiego, jak nasza operacya, dająca bądź co dądź nadzieję uratowania a przynajmniej przedłużenia życia skazanym z góry na zagładę chorym.

Przypadek, operowany przezemnie, przedstawia się następująco.

Jan K., lat 53, majster murarski. Od lat 7-iu ma bóle w udzie lewem, które zaczęło mu brzęknąć i wciągu ostatniego roku zwiększyło swą objętość w trójnasób; bóle coraz silniejsze, głównie w dolnej części brzucha i na pośladku; ostatnie trzy miesiące spędził w łóżku, nie mogąc chodzić.

Budowy prawidłowej, bardzo mizerny i wynędzniały Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej prawidłowe. Ciepłota ciała 36.4, tętno 60 miękkie, waga ciała 61 kilo. Lewa kończyna dolna na całej długości znacznie

zgrubiała: stopa i podudzie mocno obrzękłe, udo, poczynając od dolnej $^1/_3$ rozszerza się stożkowato ku górze tak, iż poniżej pachwiny obwód jego wynosi 87 ctm. (po stronie prawej 39 ctm.). Zgrubienie to przechodzi z tyłu bezpośrednio na pośladek, od przodu wypełnia fałdę pachwinową i wchodzi na wewnętrzną powierzchnię kości łonowej i biodrowej. Ruchy bierne w stawie biodrowym bardzo utrudnione i bolesne. Cały guz pokryty mocno rozciągntętą i lśniącą skórą nieuszkodzoną. Na dotyk przedstawia on się dość miękki, elastyczny, na powierzchni przedniej poniżej pachwiny daje uczucie głębokiego chełbotania. Część guza na pośladku nieco twardsza, dochodzi do zewnętrznego brzegu grzebienia biodrowego, który jednak pozostaje wolny. Tętnienie w tętnicy udowej wyczuwa się, aczkolwiek słabo, podobnie w tętnicy podkolanowej.



Rys. 1.

——— Cięcie na powierzchni przedniej.
- - - - - - Cięcie na powierzchni tylnej.
═══ Cięcie kostne.

O p e r a c y a. Wobec charakteru niewątpliwie złośliwego nowotworu i zajęcia przezeń kości udowej, kości biodrowej a częściowo także łonowej i kulszowej, jedynie celowym zabiegiem operacyjnym było tu usunięcie całej kończyny dolnej razem z zajętemi kośćmi miednicy, co też wykonałem w dniu 27 lutego r. b.

Znieczulenie rdzeniowe (tropacocaini 0.08). Cięcie skórne równoległe do więzadła pachwinowego, poczynając od jego środka do kolca biodrowego przed. górn., stąd wzdłuż grzebienia biodrowego do kolca tylnego górn. Po przecięciu wszystkich warstw ściany brzusznej aż do tkanki podotrzewnej, oddzielono i uniesiono worek otrzewnej ku górze i wewnątrz, obnażono naczynia biodrowe wspólne (arteria et vena iliaca comm.), które podwiązano i przecięto na wysokości górnego brzegu V-go kręgu lędźwiowego. Przed nawiązaniem podwiązki na żyle biodrowej, kończynę uniesio-

no do góry pionowo, aby ułatwić odpływ krwi z całej jej masy. Wewnątrz miednicy stwierdzić było można, że nowotwór wypełnia całą powierzchnię talerza kości biodrowej, posuwa się na dół do wycięcia kulszowego, ku przodowi zaś po przez kość łonową i otwór zasłonowy przechodzi w guz uda i jest zrośnięty dość ściśle z pokrywającymi go mięśniami. Podobnież przedstawiala się część nowotworu na powierzchni zewnętrzej miednicy, zrośnięta z mięśniami pośladkowymi i przechodząca na tylną stronę uda. Wobec tego nie można było myśleć o oddzieleniu i pozostawieniu mięśni, lecz trzeba było ograniczyć się do wykrojenia płatów li tylko skórnych. Cięcie więc drugie poprowadzono od spina ilei post. sup. po przez pośladek nieco łukowato ku przodowi i dołowi aż do guza kulszowego, który znów połączono cięciem trzeciem po przez fałdę kroczową z początkiem cięcia pierwszego nad więzadłem pachwinowem (Rys. 1).

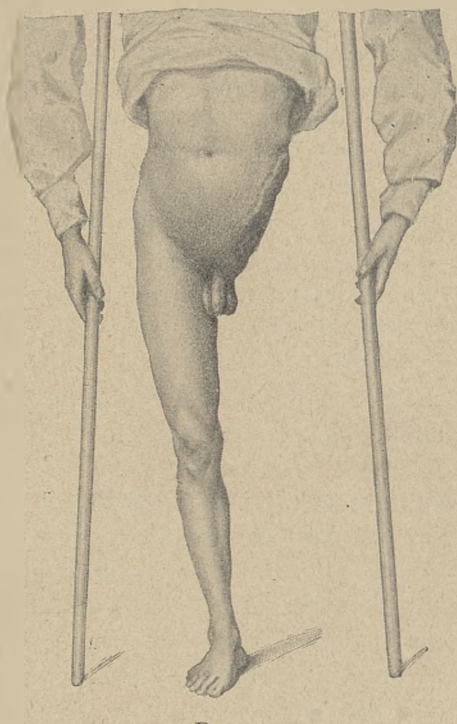
Po oddzieleniu części miękkich od kości łonowej okazało się, że część wewnętrzna jej gałęzi poziomej, zarówno jak jej gałąź zstępująca i gałąź wstępująca kości kulszowej są zupełnie wolne. Wobec tego przecięto dłutem kość łonową na zewnątrz od guzka łonowego i kość kulszową tuż obok jej guza, nie nadwerężając samego spojenia łonowego Po rozsunięciu przedłutowanych kości, przecięto mięśnie uda przy kości łonowej (mm. adductores, m. gracilis, m. pectineus), przecięto więzadła krzyżowo-kulszowe (lig. sacro-tuberosum i sacro-spinosum), oddzielono powięź i mięśnie krocza, dalej przecięto mięsień lędźwiowo-udowy (m. psoas) wraz z nerwem udowym (n. cruralis), dalej wielki splot nerwów krzyżowych (plexus sacralis), w końcu mocny przyrząd więzadłowy (ligg. ileo-lumbalia i ileo-sacralia). Wtedy dzięki silnemu rozciąganiu kości miednicy udało się z łatwością nożem kostnym przeciąć zrost krzyżowo - biodrowy (synchondrosis sacro-iliaca) i w ten sposób ostatecznie oddzielić amputowaną część. Powstała rzeczywiście ogromna powierzchnia rany krwawiła niezbyt obficie; najżywsze krwawienie było w części tylnej z naczyń pośladkowych, które podwiązano. Płat skórny tylny dał się zbliżyć do linii cięcia powłok brzusznych, pokrywając w ten sposób wypuklającą się otrzewnę; ranę zeszyto, poczynając od górnego kąta przy kości krzyżowej z pozostawieniem dość obszernego otworu na dole przy kości łonowej, dokąd wprowadzono pęczek gazy.

Cała operacya trwała niespełna 70 minut; znieczulenie było zupełne, pod koniec jednak w ciągu ostatniego kwadransa dawano choremu nieco chloroformu. Po operacyi 1 litr roztworu soli pod skórę.

Następstwa bezpośrednie operacyi były zupełnie pomyślne. Chory zaczął szybko powracać do sił, nabrał chęci do jadła, szczególnie do picia. Czynność pęcherza była upośledzona tylko w ciągu pierwszych trzech dni, później zaczął sam urynować. Ze strony kiszek—zatwardzenie, które usuwano lawatywami. Ujemny objaw stanowiła bardzo obfita wydzielina z rany, surowiczo-ropiasta, wskutek czego trzeba było codziennie zmieniać opatrunek. Pod koniec trzeciego tygodnia, zaczął robić usiłowania siadania na łóżku i nawet raz postawiono go na podłodze na pozostałej nodze i dwóch kulach w celu zdjęcia fotografii. W czwartym tygodniu nastąpiło pogorszenie: chory stracił apetyt tak, iż trzeba było zmuszać go do jedzenia, wystąpiły rozwolnienia. Wydzielina, ciągle obfita, stała się więcej ropną i część

rany, zagojonej już per primam, rozeszła się nanowo. Ciepłota wieczorna podniosła się do 38,3 — $38{,}5^0$ C. Chory zaczął szybko podupadać na siłach, zrobił się apatyczny i, wśród objawów wzrastającego wynędznienia i charłactwa ogólnego, zmarł 30 marca, t. j. w $4^1/_2$ tygodnia po operacyi.

Badanie pośmiertne wykazało rozpoczynające się zapalenie opadowe w płucu prawem, nieznaczne zmiany przewlekłe w nerkach i katar przewodu jelitowego. Ani w najbliższem sąsiedztwie miejsca operowanego, ani w narządach wewnętrznych nie można było znaleźć przerzutów nowotworu.



Rys. 2.

Odcięta część ważyła $19^1/_2$ kilo, a więc prawie $^1/_3$ wagi całego ciała. Na przekroju widać, iż nowotwór zajmuje znaczną część uda, którego kość zniszczył zupełnie poniżej krętarza na przestrzeni kilkunastu ctm. Na kości biodrowej zarówno na jej talerzu, jak i zewnętrznej powierzchni nowotwór zrośnięty jest ściśle z okostną, sama kość jednak jest nie uszkodzona.

Badanie mikroskopowe wykazało budowę mięsaka śluzowego (myxosarcoma) o typie komórek złożonym.

W danym przypadku chory zniósł zabieg operacyjny dobrze: przez kilka dni poprawia się on po wstrząsie operacyjnym i poprawa ta postępuje w ciągu trzech tygodni; z początkiem

tygodnia następnego, obraz się zmienia: odżywianie podupada, siły szybko nikną i wśród ogólnego wyczerpania chory umiera w ciągu 10 dni, a więc w 4½ tygodnia po operacyi. Z objawów klinicznych poza silnemi zaburzeniami kiszkowemi i nieznacznem białkiem w moczu (do 1⁰/₀₀ białka) zasługuje przedewszystkiem na uwagę niezwykle obfita wydzielina z rany; trwa ona przez cały czas od operacyi i nie ma cech ropy zakaźnej, lecz cieczy surowiczo-ropiastej, dość rzadkiej, wylewającej się w dużej ilości z głębi rany. Tłomaczyć sobie to zjawisko w ten należy sposób, że źródłem tego obfitego wycieku jest otrzewna, która została obnażona na ogromnej przestrzeni i pokryta tylko płatami skóry. Otóż pomiędzy powierzchnią błony surowiczej a skórą powstała w części dolnej rany (w górnej części obie te powierzchnie zlepiły się ze sobą rychło) duża przestrzeń, dokąd następowało obfite przesiąkanie surowicy z jamy otrzewnej. Rzecz prosta, że i to nie pozostawało bez ujemnego wpływu przy tak wyczerpanym stanie organizmu.

Z pomiędzy 18 przypadków mięsaka operowanych, jak widzieliśmy, 6 było pomyślnych t. j. takich, gdzie chory żył po operacyi więcej nad 1 miesiąc. Do nich więc zaliczyć należy i mój przypadek, który niestety nie o wiele termin ten przeżył.

Jeżeli porównamy wykonanie oddzielnych momentów operacyjnych w moim zabiegu z planem operacyi, nakreślonym przez Jaboulay, to podobnie jak w postępowaniu innych chirurgów zobaczymy znaczne różnice. Pomijam kwestyę cięć skórnych, te bowiem muszą być zastosowane ściśle do warunków każdego przypadku i nie mogą stanowić jakiejś zasady ogólnej, pomimo że niektórzy autorowie podają swoje w tym kierunku metody. Punkt ciężkości leży tu w dwóch głównych momentach: a) tamowaniu wzgl. zapobieganiu krwawienia, b) przecinaniu kości.

Pierwszy z nich — haemostasis — osiąga się najdokładniej i szybko przez podwiązanie naczyń biodrowych wspólnych. Tak postąpili w przypadkach swych Jaboulay, Cacciopoli, Nanu, Faure, Saliszczew i Hogarth Pringle, od tego rozpocząłem i ja operacyę, zakładając podwiązkę tuż ponad podziałem tętnicy wspólnej na zewnętrzną i wewnętrzną. Ułatwia to bardzo dalsze postępowanie i oszczędza dużo czasu, dając możność operowa-

nia rzeczywiście prawie bezkrwawo. Jednakże Jaboulay wyraża obawę co do następstw tego podwiązania, a mianowicie zgorzeli na obszarze, należącym do tętnicy podbrzusznej. Obawę tę potwierdził przypadek Nanu, gdzie chory zmarł 20-go dnia po operacyi skutkiem posoczniczy w następstwie zgorzeli wykrojonych płatów i drugiej kończyny. Autor stwierdził na sekcyi istnienie w tętnicy skrzepu, który od miejsca podwiązki posunął się w górę aż do podziału aorty i wywołał wtórny zator w tętnicy biodrowej drugiej strony. Zdaniem mojem jednak winą tu jest nie podwiązanie tętnicy biodrowej wspólnej samo przez się, lecz zakażenie, które stwierdził autor już 4 dnia po operacyi, a które spowodowało utworzenie się ogromnego skrzepu, dochodzącego aż do tętnicy głównej i tętnicy biodrowej strony przeciwnej. Że podwiązanie arter. iliacae comm. nie odbija się ujemnie na odżywianiu narządów małej miednicy, świadczy pomyślny przebieg w przypadkach Saliszczewa, H. Pringlea i moim. Inni operatorzy postępowali odmiennie. Girard podwiązywał tylko naczynia biodrowe zewnętrzne, Bardeuheuer — każde z naczyń, zewnętrzne i wewnętrzne, oddzielnie, Savariaud — tylko wewnętrzne, zewnętrzne zaś po założeniu podwiązki czasowej podwiązywał dopiero w miejscu przecięcia ich w płacie. Kocher poleca odpreparowanie tętnicy i żyły biodrowej wspólnej i zaciśnięcie ich czasowo kleszczykami, które zdejmuje się po ostatecznem założeniu podwiązek na przecięte ich gałęzie. Pagenstecher w przypadku swoim, o którym mówił na tegorocznym Zjeździe chirurgów niemieckich, wprowadził tu zmianę, polegającą na uciśnięciu według Momburga tętnicy głównej brzusznej zapomocą węża gumowego, zaciskającego dookoła brzuch; daje to jakoby możność operowania bezkrwawego, podwiązki zaś stałe zakłada się w miarę przecinania pojedyńczych gałęzi naczyń. Streszczając to sądzę, iż postępowanie zasadnicze stanowić tu jednak powinno podwiązanie zapobiegawcze na stałe *naczyń biodrowych wspólnych* lub oddzielnie wewnętrznych i zewnętrznych. Nie pociąga to za sobą bynajmniej groźnych zaburzeń w krążeniu, o ile operuje się bez powikłań zakaźnych, a dając możność operowania bezkrwawego, nie wymaga zakładania wielu dziesiątków podwiązek, przez co skraca ogromnie czas trwania operacyi, co w zabiegu tak ciężkim ma znaczenie pierwszorzędne.

Punkt drugi—to sprawa cięcia kostnego. Girard pierwszy zamiast rozcinania spojenia łonowego wprowadził przecięcie gałęzi poziomej kości łonowej cięciem równoległem do linii spojenia, zachowując w ten sposób przyczep mięśnia prostego. Jeszcze lepsze jest postępowanie, polecane przez Keena, Kochera i in., użyte i przezemnie a polegające na przecięciu strzałkowem kości łonowej i kości siedzeniowej ku foramen ovale z pozostawieniem gałęzi zstępującej kości łonowej i gałęzi wstępującej kości kulszowej (pubio-ischiotomia). W ten sposób oszczędza się szereg ważnych narządów i mięśni, mających na tych kościach miejsce przyczepu, a mianowicie: u góry — m. rectus abdominis, od dołu—lig. suspensorium penis, crus penis, m. levator ani, m. transversus perinei prof., m. constrictor uretrae i m. ischio-cavernosus. Słusznem wydaje mi się żądanie Kochera, aby u dołu oddłutować i pozostawić kolec i guz kulszowe, będące w ścisłym związku z więzadłami (lig. sacro-spinosum i lig. sacro-tuberosum) i mięśniami krocza. Niestety niezawsze bywa to możliwe, jak naprzykład w moim przypadku, gdzie nowotwór, przechodzący z uda na miednicę, zajmował oprócz kości biodrowej całą gałąź zstępującą kości kulszowej wraz z jej guzem.

Natomiast sądzę, iż utrudnia sobie zadanie rozcięcia kości Kocher swym postępowaniem: uważając przecięcie zrostu krzyżowo-biodrowego za bardzo trudne, rozpoczyna on część kostną operacyi od przedłutowania lub przepiłowania kości biodrowej (nie synchondrosis sacro-ilica), poczynając od wycięcia kulszowego (incisura ischiadica) ku górze, i dopiero w końcu przecina kość łonową w sposób wyżej omówiony. Tymczasem daleko łatwiejsze jest postępowanie odwrotne: po rozcięciu ossis pubis et ischii (wzgl. spojenia łonowego) kości miednicy dają się rozsunąć tak znacznie, że po oddzieleniu wewnątrz części miękkich spojenie krzyżowo-biodrowe napina się mocno i z łatwością można je rozciąć zwykłym nożem kostnym.

Wreszcie czynnik nadzwyczajnie ważny, mogący wpływać rozstrzygająco w sprawie zastosowania tej operacyi wobec charłaczego zazwyczaj stanu chorych, stanowi znieczulenie rdzeniowe. Chroni ono od powikłań ze strony serca i płuc, tej najpierwszej przyczyny niepomyślnych następstw operacyi. W moim przypadku 8 centigr. tropakokainy dało znieczulenie

zupełne i dopiero po upływie godziny pod koniec operacyi dano choremu kilkanaście kropli chloroformu i to w celu uspokojenia pewnego podniecenia psychicznego.

W końcu słów kilka co do samego miana operacyi. Właściwie mówiąc, w tej postaci, jak ją dziś wykonywamy, operacya ta nie odpowiada wcale nazwie, danej przez Jaboulaya,— exarticulatio interilio-abdominalis, błędnej co do treści, barbarzyńskiej pod względem językowem. Logiczniejszą jest nazwa, której używają autorowie angielscy—amputatio interpelvi-abdominalis, albowiem nie mamy tu do czynienia z wyłuszczaniem w stawie, którego tu niema, lecz z odjęciem kończyny razem z połową miednicy, przecinanej w ten czy inny sposób; zresztą obie te nazwy, utworzone na wzór zupełnie wadliwej „exarticulatio-interscapulo thoracica“ winny być usunięte z mianownictwa chirurgicznego. Właściwszą od nich jest nazwa Amputatio interpelvina extremitatis inferioris, użyta przez Girarda.

Sądziłbym jednak, że według analogii z mianem innych amputacyi, gdzie ściślejsze określenie zabiegu dotyczy li tylko miejsca, w ktorem odjętą zostaje cała leżąca poniżej część kończyny, i dla naszej operacyi byłaby najodpowiedniejszą nazwa *amputatio pelvis*, a więc operacja odjęcia całej kończyny dolnej aż do miejsca przecięcia kości miednicy. Jest to zupełnie wystarczające, jako określenie zabiegu, a przytem ładniej brzmiące i przedewszystkiem krótkie.

W sprawie torbieli trzustki.

napisali

Antoni Leśniowski i Izydor Maliniak.

SPOSTRZEŻENIE I.

Trzeciego sierpnia 1908 r. przybył do oddziału chorób wewnętrznych D-ra W. Janowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie J. O. 42-letni rzeźnik. Opowiedział on, że 27 kwietnia r. 1908, a zatem przed 3 miesiącami, uległ pobiciu, i od owego czasu jest stale chory. Bito go kolbami karabinowemi przeważnie po brzuchu. Wkrótce po pobiciu zwymiotował kilkakrotnie, wymiociny jakoby zawierały dużo krwi. Jednocześnie zjawiły się mocne bóle w brzuchu, które następnie straciły nieco na natężeniu. Od pewnego czasu brzuch chorego zaczął coraz bardziej zyskiwać na objętości.

Badanie chorego wykryło, co następuje. Wzrost wysoki, budowa ciała prawidłowa, odżywiony b. licho. Skóra blada, z odcieniem brudno-żółtym, tłuszczu podskórnego zaledwo ślady. Obrzęk kończyn dolnych, na kończynie dolnej prawej większy, niż na lewej. Kościec rozwinięty mocno. Mięśnie wiotkie, w zaniku. Stan ogólny ciężki.

Granice stłumienia serca prawidłowe. Tony serca słabo słyszalne. T = 84 miarowe, jednostajne, słabo wypełnione.

Opukiwanie klatki piersiowej wykazuje: na stronie prawej od przodu stłumienie przy mostku zaczyna się na wysokości 5-go żebra, w linii pachowej na 6 żebrze, z tyłu — na wysokości kąta łopatki. Na stronie lewej w linii pachowej pomiędzy 7 i 8 żebrem, z tyłu na parę palców poprzecznych niżej, niż po stronie prawej. Wysłuchiwanie płuc wykrywa liczne rzężenia.

Obwód brzucha wybitnie zwiększony, głównie nadbrzusza. Powłoki napięte. Powierzchowne żyły przedniej powierzchni brzucha oraz okolic lędźwiowych rozszerzone.

Gdy chory leży na plecach, prawa połowa nadbrzusza wypukla się w postaci guza kształtu nieprawidłowo kulistego. Tępość wypukowa wątroby przechodzi bezpośrednio w tępość, wypukiwaną w miejscu dostępnego dla wzroku guza. Dolna granica guza sięga na 3 palce poprzeczne poniżej pępka. Lewa granica guza nie jest dość wyraźna, przekracza linię środkową ciała i ginie pod lewym łukiem żebrowym. Obmacywanie wykrywa w guzowatości wyraźne chełbotanie. Największe wypuklenie się guza mieści się pomiędzy pępkiem i wyrostkiem mieczykowatym.

Łaknienie jest, lecz chory obawia się zaspakajać je, albowiem po spożyciu nawet niedużej ilości pokarmu czuje mocne, dokuczliwe rozpieranie w okolicy żołądka. Mocz wygląda prawidłowo, ma ciężar gatunkowy 1027, białka i cukru nie zawiera. Dobowa ilość moczu 500 c. s.

Z pomocą nakłucia wydobyto z guzowatości 120 c. s. cieczy. Była ona żółtawa, mętna, odczynu alkalicznego, ciężaru gatunkowego 1009, białka zawierała $2^0/_{00}$. Badanie płynu na obecność kwasu bursztynowego, cukru, żółci — wypadło ujemnie. W osadzie, badanym mikroskopowo, nie znaleziono ani haczyków, ani błon bąblowcowych.

D. 10 Sierpnia przeniosiono chorego do oddziału chirurgicznego D-ra Br. Sawickiego. Tu stwierdzono to wszystko, co znaleziono w oddziale wewnętrznym. Chory mocno podkreślał, że ostatnimi czasy bóle w górnej połowie brzucha wzmogły się, że bóle te oraz uczucie rozpierania w żołądku, jakie odczuwa po spożyciu pokarmów, dolegają mu w najwyższym stopniu.

Na zasadzie wyżej wyszczególnionych danych rozpoznano, że ma się do czynienia z guzem torbielowatym, usadowionym w prawej połowie nadbrzusza. Wobec braku danych, które pozwoliłyby robić wnioski odnośnie bliższej natury guza, zatrzymano się na tem rozpoznaniu ogólnikowem. Nie wyłączano możliwości, że guz pozostaje w stosunku przyczynowym do urazu jamy brzusznej.

Dolegliwości, jakie guz powodował choremu, zmusiły do wykonania mu operacyi w d. 12 Sierpnia w uspieniu chloroformowem. (Leśniowski).

Podłużne cięcie ściany brzucha na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego prawego, poczynając tuż przy łuku żebrowym i kończąc poniżej pępka. Po przecięciu otrzewnej ściennej wylała się raptownie, pod dużem ciśnieniem, ogromna ilość (kilka litrów) płynu surowiczego, bezwonnego, barwy zielonkawo-brunatnej. Po opróżnieniu się jamy było widać, że górną jej ścianę stanowi tylna, wzgl. dolna powierzchnia wątroby, że jama sięga daleko ku tyłowi, aż do kręgosłupa. Przednią ścianę jamy stanowiła otrzewna przedniej ściany brzucha, lewą i dolną — pozrastałe z sobą i ze ścianą brzucha żołądek, okrężnica, sieć duża. Otrzewna na tych wszystkich narządach pokryta warstewką białej błonki, która zdawała się być bardzo cienką właściwą ścianą torbieli. Przypuszczając, że uda się wyosobnić tą ścianę, zaczęto oddzielać ją w dolnej części jamy od kręźnicy. Przekonano się jednak niebawem, że wraz z ową błonką oddzierała się otrzewna okrężnicy, tak iż można było wyraźnie widzieć włókna błony mięśniowej okrężnicy. Widząc tedy, że tej cienkiej błonki, wrzekomo — właściwej ściany torbieli wyosobnić i usunąć bez uszkodzenia trzew niepodobna, zaniechano dalszego jej wyosobniania, i przyszyto otrzewną z powrotem do okrężnicy. Nazewnątrz jamy było widać, że otrzewna zmian nie przedstawiała, jelita leżały wolne.

Dolną połowę otworu w ścianie brzucha zaszyto, w górną—tu i owdzie wszyto brzegi wrzekomej torbieli, jamę jej dość szczelnie wypełniono muślinem wyjałowionym. Opatrunek przeciwgnilny.

Przebieg pooperacyjny pomyślny dla chorego. Stan chorego, jak

i przed operacyą, bezgorączkowy. Wydzielina z rany nader obfita, tak iż zachodziła potrzeba codziennego zmieniania opatrunku.

Jama rany zmniejszała się szybko. W b. prędkim czasie po zabiegu, bo już od 5-go dnia, zaczęła zwracać na się uwagę okoliczność, że skóra dokoła rany ulega mocnemu obżarciu, tak iż tworzyło się dość głębokie owrzodzenie. Stosowanie na skórę rozmaitych leków nie przydało się na nic.

Dalsze spostrzeganie chorego pokazało, że stan ogólny zdrowia tegoż, acz powoli, staje się coraz lepszy. Bóle, uczucie rozpierania w okolicy żołądka po jedzeniu, znikły. Łaknienie dobre.

16 go dnia po zabiegu zapisano w karcie szpitalnej chorego, że jama zmniejszyła się do $^1/_3$ części poprzedniej objętości. Zaczęły natomiast zwracać na się uwagę własności cieczy, wypływającej z rany. Mianowicie, gdy poprzednio ciecz ta posiadała cechy cieczy surowiczej, obecnie była ona podobna do rzadkiej śliny, szklista, odczynu mocno alkalicznego.

D. 2-go września, a zatem po upływie 3 tygodni od operacyi, chory zaczął chodzić.

D. 9-go września znaleziono, że otwór w ścianie brzucha, prowadzący do jamy, zmniejszył się znakomicie. Wobec tego wprowadzono przez tak zwężony otwór do jamy sączek, którego zewnętrzny koniec wpuszczono do butelki, przywiązanej do chorego. W ten sposób z jednej strony udało się usunąć w prędkim czasie owrzodzenie skóry, z drugiej — zbierać całą ilość wydzielającego się płynu, wynoszącą 300—400 c. s. na dobę, do badania.

Mając na względzie przytoczone wyżej własności tego płynu, przedewszystkiem zaś jego tak wybitną zdolność do obżerania skóry, powzięto podejrzenie, że płyn ten jest to jeden z soków trawiennych przewodu pokarmowego. Wobec alkalicznego odczynu płynu należało wyłączyć sok żołądkowy; wobec własności fizycznych cieczy—tak samo należało postąpić z rozpoznaniem żółci. Pozostało sądzić, że mamy tu do czynienia z sokiem trzustkowym. Chcąc przejść od przypuszczenia do pewności, należało wykonać z płynem odpowiednie doświadczenia.

Dodać należy, że chory miewał od czasu do czasu rozwolnienia. Dobowa ilość moczu po operacyi wzrastała, tak iż dosięgała i przekraczała 2 litry; ciężar gatunkowy moczu równał się 1014. W moczu ani cukru, ani acetonu wykryć nie udało się.

19-go Sierpnia wykonano po raz pierwszy próbę na trawienie białka przez płyn, wypływający z jamy rany (Maliniak). Zanurzono w płyn ten rurki Metta z białkiem na dobę. Próba ta dała wynik całkowicie ujemny.

Wynik ten zrodził przypuszczenie, że płyn nie jest zdolny trawić białka, gdyż brak w nim zaczynu kiszkowego (enterokinazy). Należało zatem zrobić nową próbę, dodając do płynu z jamy-śluzu z kiszki cienkiej.

W tym samym czasie była w oddziale chora, przysłana do oddziału z przetoką kałową, po uwięzieniu przepukliny udowej. Wobec ciężkiego stanu ogólnego tej chorej, wobec szybkiego podupadania jej stanu w następstwie wylewania się na zewnątrz prawie całej zawartości kiszek cienkich przez przetokę, wykonano jej laparotomią (Leśniowski). Podczas operacyi przekonano się, że uwięziona, względnie — pozostająca w łączności z przetoką,

pętla jest dolnym odcinkiem jelita biodrowego. By możliwie prędko ukończyć zabieg, zespolono bocznie ramię doprowadzające jelita biodrowego z okrężnicą. Po operacyi, tak wykonanej, cała zawartość jelita biodrowego skierowała się do okrężnicy, z przetoki zaś w okolicy pachwinowej wydzielała się na zewnątrz tylko zawartość wyłączonej pętli jelita biodrowego w postaci już to bardziej, to mniej płynnego, bezwonnego śluzu.

Z tego właśnie śluzu skorzystaliśmy do doświadczeń. Zbieraliśmy go z pomocą płatków muślinu wyjałowionego; płatki przepojone śluzem wypłukiwaliśmy w roztworze NaCl, i płyn ten był dodawany do cieczy, otrzymanej z jamy rany.

D. 22 września badanie wydzielonego z rany płynu na zaczyny trawienne dało wynik następujący (Maliniak). Płyn badany, wzięty pojedyńczo, wcale nie trawi białka w rurkach Metta w ciągu 24 godzin. Po dodaniu śluzu z przetoki kiszkowej płyn strawił w ciągu doby 2 m.m. białka.

Kwasota mleka, pozostawionego 24 godziny w termostacie z dodaniem badanego płynu wzrosła o 1,6 cmt. $^1/_5$ norm. H_2SO_4 na 5 ctm. mięszaniny mleka i płynu w równych częściach, zaś po użyciu płynu zagotowanego — tylko o 0,6 ctm. Świeża mięszanina miała kwasotę 0,3. W celu określenia zaczynu lipolitycznego wzięto, według Bołdyriewa, 5 ctm. oliwy, 5 ctm. wody i 2 ctm. badanego płynu, i otrzymano wynik również dodatni. Liczb nie przytaczamy, ponieważ spostrzeganie wystąpienia różowego zabarwienia w przebiegu miareczkowania z powodu tworzenia się zawiesiny jest utrudnione i błąd w obliczaniu może być dość znaczny.

Zagotowany klajster krochmalny, wstawiony do cieplarki na 24 godziny po dodaniu badanego płynu, staje się zupełnie przezroczysty; przesącz daje wyraźny odczyn na cukier.

Tak więc udało się nam stwierdzić w badanym płynie obecność wszystkich zaczynów trzustkowych: trypsyny, lipazy i diastazy, pierwszego w postaci nieczynnej, dwóch pozostałych — w czynnej.

Śluz, otrzymany z przetoki jelita biodrowego, użyty przez nas w celu zrobienia czynnym trypsynogenu w wydzielinie rany, nie powodował sam przez się trawienia białka.

23 września powtórzono badanie płynu na obecność w nim trypsyny, wzgl. trypsynogenu. Płyn z jamy, wzięty pojedyńczo, strawił 0 mm. białka; po dodaniu doń soku kiszkowego — 3 mm. Zagotowana mięszanina oraz sam śluz kiszkowy nie trawiły białka zupełnie.

25 września ilość płynu, zebranego w ciągu ubiegłej doby, wyniosła 180 cm. sz. W ciągu 3 godzin — od 7 do 10 rano 23 ctm. sz. Popołudniu chory dostał 2 proszki salicylanu sodu dla zbadania, czy salicyl przechodzi do soku trzustkowego.

26 września. Dobowa ilość moczu = 2 litr. Mocz ani białka, ani cukru nie zawiera. Stolce wyglądają prawidłowo; to samo stwierdza badanie mikroskopowe. W ciągu ubiegłej doby wydzieliło się z przetoki 200 ctm. sz. cieczy, o cięż. gat. 1007, o zawartości białka $2^0/_{00}$. Własności tego płynu były następujące:

Płyn + śluz kiszk. + 0,2 ctm. sz. $^1/_5$ norm. NaOH strawił 1 mm. białka.

Płyn + śluz kiszkowy strawił 3 mm. białka.

Płyn + śluz kiszk. + $^1/_5$ norm. H_2SO_4 do słabo kwaśn. odcz. strawił 2 mm. białka.

Płyn gotowany + śluz kiszkowy strawił 0 mm. białka.

Płyn gotowany + śluz kiszk. gotowany strawił 0 mm. białka.

Płyn + $^1/_5$ norm. H_2SO_4 do słabo kwaśn. odcz. strawił 0 mm. białka.

Płyn + 0,2 cmt. sz. $^1/_5$ norm. NaOH strawił 0 mm. białka.

Poszukiwanie solicylu w płynie dało wynik ujemny.

Po południu chory dostał 2 łyżki roztworu jodu 4%.

27 września. Całej ilości płynu zebrać nie udało się, ponieważ sączek wypadł z przetoki. Wykryto jod w otrzymanym płynie w b. małej ilości. Płyn z dodatkiem śluzu kiszkowego strawił 5 mm. białka.

28 września. Samopoczucie chorego niezłe. Nie spostrzega się zaburzeń lub dolegliwości w dziedzinie narządów trawienia. Obrzęk kończyn dolnych po chodzeniu wzmaga się. W ciągu całego wczorajszego dnia wydzieliło się 120 ctm. sz. cieczy.

29 września. W ciągu doby nie zebrano wcale płynu. Zrana płyn wydziela się na nowo. Opatrunek suchy.

30 września. Chory dostał o godz. 7 rano śniadanie, złożone z 2 kubków herbaty z cukrem i ½ dużej bułki szpitalnej. Do godziny 12, a zatem w ciągu 5 godzin zebrano 70 ctm. sz. płynu. Tenże zbadano na trawienie białka po dodaniu doń żółci, oraz na obecność substancyi hemolitycznych. O wynikach tych badań pomówimy później.

1 października. Prócz zebranych wczorajszego dnia 70 c. s. płynu zebrano w ciągu doby jeszcze 60 cm. s. płynu. O godz. 7½ rano chory dostał śniadanie, złożone z 2 kubków mleka; do godziny 12 w południe wydzieliło się tylko 12 cm. sz. płynu.

3 października dano choremu 1 łyżkę stołową 2½%-go roztworu kwasu solnego, lecz wpływu na wydzielanie się płynu z rany stwierdzić nie udało się, gdyż sączek wysunął się z przetoki, i zebrać płynu do flaszki nie było możliwe.

5 października. Wczoraj usunięto sączek, ponieważ otwór, prowadzący do kanału przetoki, zmniejszył się znakomicie. Opatrunek zwilżony nieznacznie. Od dnia dzisiejszego zastosowano choremu pożywienie przeciwcukrzycowe z dodatkiem 6 łyżeczek dwuwęglanu sodu dziennie. Już w ciągu ostatnich 10 dni chory dostawał pożywienie, ubogie w węglowodany; zupełne usunięcie ich z pożywienia zastosowano dopiero dzisiaj.

7 października. Opatrunek nieznacznie zwilżony.

9 października. Wczoraj dostał biegunki, jednocześnie ilość wydzielanego z przetoki płynu zwiększyła się. Dookoła przetoki — rozległe obżarcie skóry.

10 października. Opatrunek mocno zwilżony. Obżarcie skóry rozległe. Biegunka ustała.

Chory opuścił oddział i pojechał do domu, do Łodzi, obiecując pokazywać się co pewien czas. Miał zalecone w dalszym ciągu pożywienie przeciwcukrzycowe oraz zażywanie dwuwęglanu sodu.

D. 18 października pacyent przyjechał do Warszawy. Czuł się zupełnie dobrze. Opowiadał, że 13 października, czyli 4-go dnia po wyjściu ze

szpitala, otwór przetokowy zamknął się, pokrył się suchym strupem. Ponieważ potem zaczął odczuwać mocne rozpieranie w brzuchu, przeto zerwał strup, i wtedy wypłynęła z otworu pewna ilość cieczy, od owego czasu ciecz wydzielała się stale. W ciągu 1/2 godziny udało się zebrać dokładnie całą wydzielinę z przetoki w ilości 2 cm. sz. Wydzielina zupełnie bezbarwna, przezroczysta. Chory ściśle zachowywa zalecone pożywienie, zażywa sodę.

Po raz wtóry pacyent zgłosił się d. 8 listopada z zupełnie zagojoną przetoką. Opowiedział, że przetoka zamknęła się zupełnie d. 3 listopada, zalecone zaś pożywienie stosował jeszcze do 6 listopada.

Od tego czasu pacyent nie dał więcej żadnej wiadomości o sobie.

W opisanym tylko co przypadku mieliśmy do czynienia z t. zw. urazową wrzekomą torbielą trzustki, wzgl. z przetoką trzustkową. Umiejscowienie torbieli było dość niezwykłe, mianowicie nagromadzenie się płynu w części wolnej jamy otrzewnej, ograniczonej pozrastałemi wątrobą, żołądkiem, okrężnicą, siecią dużą, otrzewną ścienną, a zatem stosunek torbieli do wspomnianych organów był tak nietypowy, że tu właściwe rozpoznanie było ogromnie utrudnione.

Chirurgia trzustki należy do spraw, które zwróciły na się uwagę od b. niedawna. Jeszcze w latach 1891 i 1892, anatomowie Gerlach i Joessel załatwili się z anatomią topograficzną trzustki w kilku słowach, uzasadniając to okolicznością, że nie wzbudza ona dużego zainteresowania, albowiem nie jest trzustka dostępna dla noża chirurga. Poczynając atoli od kapitalnych prac Körtego i Osera, a zatem od r. 1898, zarówno fizyologia, jak patologia, jak wreszcie leczenie tego organu zabiegowe posunęły się naprzód znakomicie.

Nie mamy dziś zamiaru podawać wyczerpującej historyi rozwoju nauki o chorobach trzustki i ich leczeniu. Przypadek nasz zachęca nas do bliższego zastanowienia się jeno nad sprawą torbieli trzustki, i nasamprzód — nad torbielami urazowemi.

Sprawa ta dotychczas zaledwie parę razy była uwzględniona w piśmiennictwie lekarskiem polskiem. Mianowicie Watten na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego w d. 6 września 1899 r. przedstawił 6-letniego chłopca, wygojonego po torbieli trzustkowej pochodzenia urazowego. Do opisu historyi choroby dodał W. kilka uwag ogólnych, odnośnie omawianej sprawy chorobowej. Pozatem znajdujemy opisy przypadków torbieli trzustkowych, podane przez

Jasińskiego i Hermana. W przypadkach tych jednak nie powiedziano, jakiego pochodzenia były owe torbiele. Świeżo ogłosił Fr. Kijewski w Gazecie Lekarskiej r. b. w rozprawie „O torbielach trzustki“ — 2 przypadki torbieli urazowych.

Pozwalamy sobie zabrać głos w sprawie torbieli trzustkowych urazowego pochodzenia z paru względów. Zachęca nas z jednej strony okoliczność, że pomimo dużych rozpraw, poświęconych chorobom, wzgl. torbielom trzustki, jako to — pióra Körtego, Honigmanna i wielu innych, w pismiennictwie zagranicznem ustawicznie bywają ogłaszane nawet pojedyńcze spostrzeżenia torbieli trzustki powstałych po urazie, co dowodzi, że nie jest to sprawa już wszechstronnie i ostatecznie zbadana i wyświetlona. Z drugiej strony — ogłoszono ostatnimi czasy rozprawy, już-to wyjaśniające sposób powstawania torbieli trzustkowych, już-to dotyczące rozpoznawania, już-to leczenia omawianego cierpienia, które w znacznym stopniu różnią się od poglądów dawniej panujących; z niemi chcielibyśmy zaznajomić czytelników.

Urazem, powodującym obrażenie trzustki, bywa uderzenie, pchnięcie, nadepnięcie na nadbrzusze, upadnięcie i stłuczenie nadbrzusza lub łuku żebrowego, przejechanie, zgniecenie pomiędzy buforami. W tego rodzaju przypadku Noever tłomaczy powstanie urazu trzustki w taki sposób, że uciśnięcie ku tyłowi dolnej części lewej połowy klatki piersiowej prowadzi do nadmiernego rozciągnięcia trzustki, umocowanej za głowę i ogon, i to nadmierne rozciągnięcie powoduje rozdarcie się trzustki. Widziano uszkodzenie trzustki i po dźwignięciu ciężaru, po napadzie gwałtownego kaszlu. W naszym przypadku uszkodzenie trzustki wywołało bicie kolbami po brzuchu, a być może i kopanie nogami.

Jak i wszelkie inne obrażenia, tak samo i uraz trzustki w znacznej większości przypadków przypada na mężczyzn. Co się tyczy wieku, to z zestawień odnośnych widać, że torbiele trzustkowe pochodzenia urazowego zdarzają się przeważnie w wieku młodym, najwięcej zanotowano u osób w wieku od lat 10 do 30.

Możnaby wnioskować, że młodociane trzustki są bardziej wrażliwe na uraz. Pozatem spostrzeżono, że sprzyja powstawaniu obrażeń trzustki okres trawienia. Być może, zależy to

od tego, że wówczas obfituje trzustka w krew i chłonkę, że objętość gruczołu powiększa się, że tkanka organu omawianego staje się mniej odporną. Lazarus sądzi, że wypełniony żołądek łacniej niż pusty przenosi uraz na trzustkę.

Zazwyczaj daje się dość łatwo wykazać łączność pomiędzy powstałą torbielą trzustki i przebytym urazem.

W następstwie uszkodzenia trzustki powstają u pewnej części osób, uległych takiemu uszkodzeniu, twory torbielowate na obwodzie lub wewnątrz miąższu trzustki. Pierwsze przytrafiają się o wiele częściej, niż ostatnie.

Powstają one w sposób następujący. W bezpośredniem sąsiedztwie urażonego organu gromadzi się krew i sok trzustkowy. W jednych przypadkach ulegają one powolnemu wchłonięciu, nie powodując poważniejszych następstw. W innych — dokoła tego wylewu rozwija się zapalenie odczynowe, które doprowadza do wytworzenia się torby łącznotkankowej, niezdolnej do wchłaniania zawartości. Dzięki strawieniu wylew, po upływie dłuższego okresu czasu, może zupełnie utracić swoje pierwotne własności, i wyglądać jak ciecz surowicza, mniej lub bardziej podobna do cieczy, gromadzącej się w jamach surowiczych. Resztki uległej urazowi części trzustki pozostają niekiedy w łączności ze ścianą torbieli. Wówczas udaje się na wewnętrznej powierzchni ściany torbieli wykazać z pomocą mikroskopu tkankę gruczołu trzustkowego, w mniejszym lub większym stopniu uległą zgorzeli, miejscami usianą barwnikiem. Niekiedy znów w następstwie mocnego rozciągnięcia się ściany torbieli resztki zachowanej w niej trzustki rozsuwają się, i w takich przypadkach wykrywa się z pomocą mikroskopu w szparach tkanki łącznej—dobrze zachowane pojedyńcze zraziki trzustki, grudki niekształtne nabłonków, lub też masy uległe zgorzeli, w których z dużą trudnością udaje się rozpoznać budowę gruczołu.

O ile otrzewna, pokrywająca trzustkę, pozostała nieuszkodzona przez uraz, torbiel rozwija się pozaotrzewnowo. Skoro jednak rozdarła się i otrzewna, wówczas wylew gromadzi się w jamie sieci małej. O ile wreszcie otwór sieciowy (foramen Winslowi) jest drożny, wylew przedostaje się do wolnej jamy otrzewnej.

Wylew często powoduje zmiany zapalne, które dają się

wykazać klinicznie w przebiegu pierwszych dni po uszkodzeniu, niekiedy — i w następstwie. Niekiedy pomimo drożności otworu sieciowego płyn wylany do jamy sieci nie dostaje się do otrzewnej ogólnej, albowiem listki sieci małej zlepiają się bardzo szybko, i w ten sposób płyn nie może wydostać się na zewnątrz jamy sieci małej. W rzadkich przypadkach torbiel pozaotrzewnowa wypukla się przez otwór sieciowy (foramen Winslowi) do jamy otrzewnowej. Płyn, wydostając się z jamy sieci małej do ogólnej jamy otrzewnej, zazwyczaj b. szybko wywołuje zapalenie zlepne i w ten sposób wprędce ulega otorbieniu.

Dają się tedy odróżnić: 1) *torbiele urazowe przytrzustkowe,* które rozwijają się pozaotrzewnowo, z zachowaniem otrzewnej, z wytworzeniem mniej lub bardziej wyraźnie wyodrębnionej torby łącznotkankowej, 2) *torbiele urazowe wrzekome,* które wytwarzają się po rozdarciu otrzewnej, pokrywającej trzustkę. Są one przynajmniej częściowo umiejscowione wewnątrz otrzewnowo. W przeciwieństwie do torbieli pierwszej kategoryi nie posiadają one właściwej ściany samoistnej. Lazarus nazywa je torbielakami (cystoid).

Prawdopodobnie pewna część ich powstaje z torbieli pierwszej kategoryi. Mianowicie, powiększając się stopniowo, te ostatnie mocno napinają na sobie otrzewną, która ostatecznie już-to samoistnie, już-to w następstwie urazu — pęka, i wówczas zawartość jej wylewa się do jamy sieci małej, wzgl. do ogólnej jamy otrzewnej.

Torbiele urazowe *wewnątrztrzustkowe* powstają w sposób dwojaki: 1) w następstwie przeistoczenia torbielowego krwiaka, powstałego w miąższu gruczołu i 2) w następstwie przewlekłego śródmiąższowego zapalenia trzustki. W przypadku pierwszym sok trzustkowy, przedostając się do tkanki zmiażdżonej, rozpuszcza strzępy tkankowe, skrzepy; do jamy, w ten sposób powstałej, gromadzi się w bardzo dużej ilości sok trzustkowy, oraz prawdopobnie — płyn wysiękowy. Bardzo znaczna zdolność chłonnicza trzustki ulega tu zazwyczaj upośledzeniu. Upośledzenie to jest następstwem sprawy zapalnej, rozwijającej się dokoła ogniska uszkodzenia. Ta postać torbieli wewnątrztrzustkowych, tak samo jak i torbiele przytrzustkowe, rozwija się zazwyczaj w prędkim czasie po uszkodzeniu trzustki.

Inaczej ma się rzecz z torbielami wewnątrztrzustkowemi, jakie powstają w następstwie przewlekłego stwardniającego zapalenia śródmiąższowego trzustki. To ostatnie, jak tego dowiodły doświadczenia, wykonane przez Körtego, Lazarusa, niewątpliwie może rozwijać się w następstwie urazu mechanicznego, gdyż liczne małe ogniska wybroczynowe, drobne zniszczenie tkanki, prowadzą do rozrostu tkanki łącznej śródzrazikowej. Stwardnienie tego rodzaju doprowadza do odsznurowania się pęcherzyków gruczołowych i kanałów odprowadzających, lub też do rozszerzenia przewodów, i w ten sposób daje początek powolnie rozwijającym się tworom torbielowatym. Przebieg tego rodzaju spraw — jest nader powolny, i nieraz udaje się tylko z dużą trudnością wykryć łączność tak powstałych torbieli z przebytym niegdyś urazem.

Dodać tu musimy, że jak to wykazały doświadczenia Lazarusa i liczne spostrzeżenia kliniczno-anatomiczne, samo zamknięcie mechaniczne przewodu Wirsunga prawie nigdy nie prowadzi do znaczniejszego rozszerzenia systemu przewodow. Zatrzymująca się w nich wydzielina gruczołu wydala się prawdopodobnie na drodze przedostawania się do naczyń chłonnych organu. I dopiero rozwijające się sprawy zapalne wtórne prowadzą do rozwoju tkanki modzelowatej w ścianie i dokoła przewodów gruczołowych i na tej drodze dochodzi do wytwarzania się torbieli.

Spostrzeganą przez nas torbiel, jak to widać z powyższego, musimy zaliczyć do torbieli trzustkowych urazowych, wrzekomych, wewnątrzotrzewnowych.

Jako bezpośrednie następstwa urazu brzucha, połączonego z uszkodzeniem trzustki, podawane są najpierw *objawy ogólne.* Do tychże przedewszystkiem należy często spostrzegany wstrząs, a zatem—często widywano natychmiast po urazie krótkotrwałą nieprzytomność, omdlenie, bladość twarzy, małe, nader szybkie tętno, oziębienie kończyn i t. d. Wstrząs ten tłomaczy Fisher w taki sposób, że każde obrzmienie i wynaczynienie w trzustce powoduje ucisk na zwoje brzuszne, które F. zwie malowniczo „mózgiem rdzeniowym“ (abdominal brain). Za pośrednictwem nerwu współczulnego podrażnienie zwojów przenosi się na serce i na włókna naczynioruchowe w rdzeniu. Czynność ośrodka rdzeniowego polega na tem, że reguluje on światło naczyń

krwionośnych. W następstwie podrażnienia, powstałego z obrzmiałej trzustki, ulega zakłóceniu równowaga tego ośrodka, naczynia trzew rozszerzają się, przepełniają się krwią, naczynia zaś ośrodków mózgowych — są minimalnie wypełnione.

Z objawów, wskazujących *na uszkodzenie trzustki*, najczęściej notowano *ból*, zazwyczaj umiejscawiany przez chorych w nadbrzuszu, niekiedy — w pobliżu pępka. Ból ten przeważnie odznacza się wyjątkowo dużem natężeniem, zjawia się w postaci napadu kolek. Często spostrzegano również *wymioty*, nieraz krwawe. Oba te objawy, jak pamiętamy, były bardzo wyraźnie zaznaczone w naszym przypadku.

Bardzo prędko występuje *obrzmienie brzucha*, głównie nadbrzusza, często jednej połowy tegoż, dalej — *wzmożona wrażliwość* i *napięcie powłok brzucha*, *zgięcie kończyn* dolnych, *niestrawność*, bardzo męczące *pragnienie*, *zaparcie stolca* lub odwrotnie — *rozwolnienie*, rzadziej — *żółtaczka*. Czasami widywano utrudnienie oddechania, krwioplucie, umiarkowaną gorączkę. Spostrzegano i objawy z dziedziny organów moczowych: krwiomocz, bóle promieniejące do żołędzi podczas oddawania moczu, polyurją. Oczywiście, nie są to objawy, bezpośrednio zależne od uszkodzenia trzustki, lub rozwijania się torbieli; należy uważać je za objawy bądź to współczesnego uszkodzenia narządów moczowych, bądź to za objawy, powstające na drodze odruchowej.

Guz w brzuchu zjawia się rozmaicie prędko po urazie. Z pośród 48 przypadków urazowych torbieli trzustki, zestawionych przez Honigmanna, w 24 spostrzeżono guz w okresie od 1 do 6 tygodni po wypadku. Nie spostrzegano natomiast natychmiastowego zjawienia się guza tuż po urazie.

Zatrzymując się nieco dłużej nad wymienionymi wyżej objawami, możemy dodać odnośnie niektórych z nich co następuje. Guz, zjawiający się po obrażeniu trzustki, najczęściej leży w lewej połowie nadbrzusza, o wiele rzadziej pośrodku, jeszcze zaś rzadziej w prawej połowie tegoż. Zazwyczaj dolna granica nie przekracza poziomu pępka, czasami opuszcza się o wiele niżej, tak dalece, że guz wypełnia prawie całą jamę brzucha. Wielkość guzów opisanych wahała się od pomarańczy do głowy dojrzałego człowieka. Brzuch w miejscu położenia guza wypukla się wyraźnie. Kształt guza mniej lub bardziej

kulisty, powierzchnia gładka, guz bywa sprężysty, ściany mocno napięte. Prawie zawsze wyczuwano chełbotanie. W kierunku poprzecznym guz bywa zupełnie nieruchomy. Widziano ruchy guza, współczesne z ruchami oddechowymi. Czasami czuje się w guzie tętnienie, przeniesione od aorty brzusznej.

Położenie torbieli trzustkowych urazowych bywa rozmaite, i stosownie do tego rozmaite bywają dane, otrzymane z pomocą opukiwania guza oraz rozdymania gazami żołądka i okrężnicy. Pod tym względem dają się wyodrębnić 3 najbardziej typowe postacie umiejscowienia guza. Najczęściej torbiel odpowiada położeniu sieci małej. Wówczas unosi ona żołądek ku górze, poprzecznicę zaś spycha ku dołowi. Wiąz żołądkowo-okrężnicowy jest wypuklony ku przodowi. Rzadziej guz leży powyżej małej krzywizny żołądka; w tym przypadku wiąz żołądkowo-wątrobowy jest wypuklony ku przodowi, wątroba odepchnięta ku górze, żołądek ku dołowi. Wreszcie torbiel rozwija się czasami pomiędzy listkami kreski okrężnicy. Wtedy okrężnica leży już-to bezpośrednio przed guzem, już-to na górnym odcinku torbieli. Oczywiście w przypadku przedostania się płynu do jamy otrzewnej i otorbienia się w tejże — stosunek torbieli do żołądka, okrężnicy i innych narządów jamy brzucha może przedstawiać się jaknajbardziej nietypowo.

Zasługuje na uwagę *wychudnięcie*, bardzo szybko zaznaczające się po uszkodzeniu trzustki, wzgl. w przebiegu tworzenia się torbieli trzustkowej urazowej. Chorzy wyglądają bardzo licho, skóra zabarwiona swoiście szaro-żółto, brudno-szaro, blada; chorzy mówią, że są niezwykle osłabieni. Te objawy pozostają w łączności z wymiotami, z niemożnością spożywania pokarmów, nie zaś z uszkodzeniem trzustki. Dowodzą tego spostrzeżenia, że po operacyi, a zatem po usunięciu objawów ucisku, wywieranego przez guz na przewód pokarmowy, pomimo dużą utratę soku trzustkowego z pozostającej przetoki, szybko poprawia się stan i wygląd ogólny chorych. Tak szybko występującego wychudnienia i wycieńczenia nie spostrzega się w przebiegu innych torbieli, napotykanych w nadbrzuszu.

Bóle zjawiają się przeważnie napadowo. Spożycie pokarmów wzmaga ból lub wprost wywołuje tenże. Dotychczas nie udało się stwierdzić, czy bóle powstają w następstwie mechanicznego uciskania organów, sąsiadujących z guzem, spe-

cyalnie — splotu trzewnego przez guz, czy też wywołują je sprawy zapalne. Na korzyść pierwszego przypuszczenia mogły by przemawiać zmiany anatomiczne, jakie znalazł Dieckhoff w nerwach, sąsiadujących z torbielą trzustkową.

Czasami znów zwracają chorzy uwagę na uczucie pełności lub rozpierania, gniecenia w okolicy żołądka, szczególnie po spożyciu pokarmów. Objaw ten bardzo wybitnie dawał się spostrzegać w naszym przypadku. Uczucia tego zazwyczaj brak, gdy torbiel jest usadowiona przy ogonie trzustki. Zależy ono od tego, że rozrastający się guz mocno uciska ściany żołądka i znakomicie zmniejsza pojemność jego.

Charakter bólów bywa określany przez chorych bardzo rozmaicie. Jedni opowiadają, że miewają kurcze żołądka, inni — że miewają kłucie, ból w piersiach, szczególnie w nocy, tępy gniotący ból w podżebrzu. Bóle promieniują w plecy, w podbrzusze. Nocne zjawianie się bolów prowadzi do wyniszczającej chorych bezsenności.

Wymienić należy spostrzegane rozmaite zaburzenia żołądkowe: brak łaknienia, odbijania, mocne pragnienie, brak kwasu solnego w soku żołądkowym, mdłości, wymioty, obłożony język. Co się tyczy czynności kiszek, to spostrzega się uporczywe zaparcie stolca, które zależy od uciśnięcia przewodu kiszkowego przez guz. Uciśnięcie przez torbiel dużych naczyń brzusznych prowadzi do obrzęków kończyn dolnych i do puchliny brzusznej.

Zanim przejdziemy do objawów, powodowanych upośledzeniem lub i zupełnem zniesieniem czynności trzustki, pozwalamy sobie w krótkim zarysie przypomnieć fizjologią tego narządu.

Epokę w badaniach nad czynnością trzustki stanowi wprowadzenie przez Heidenheina, a później przez Pawłowa wytwarzania stałej przetoki trzustkowej za pomocą wszywania w powłoki brzuszne wylotu przewodu trzustkowego wraz z przylegającym odcinkiem dwunastnicy. Dla otrzymania zupełnie czystego soku trzustkowego wprowadza się do wszytego przewodu trzustkowego cienkie rurki szklane, lub cieniutki cewnik.

Tak podjęte badania przekonały, że wydzielanie soku trzustkowego odbywa się bez przerwy, ilościowo pozostając w zależności od spożywania pokarmu; głodzenie wpływa na

znaczne zmniejszenie się ilości wydzieliny. Podczas snu ilość wydzielającego się soku jest również nieznaczna.

Ilość wydzielanego soku waha się zależnie od rodzaju spożywanego pokarmu. U psów wydziela się sok z przetoki w ilości największej po spożyciu węglowodanów, mniej po pokarmach, złożonych z białka, najmniej po tłuszczu i mleku. Najmocniej pobudza wydzielanie się soku trzustkowego—kwas solny: przechodzące z żołądka do dwunastnicy.

Najważniejszymi składnikami soku trzustkowego są zaczyny, trawiące białko (trypsyna), węglowodany (diastaza) i tłuszcze (steapsyna).

Badania, w których dokładnie unikano zetknięcia się soku trzustkowego ze śluzówką dwunastnicy, dowiodły (Szepowalników, Delezenne, A. Frouin i in.), że świeży sok trzustkowy nie jest zdolny trawić białka. Własności tej nabiera po zetknięciu się ze śluzówką kiszki, wzgl. z wydzieliną tejże. Z tego wynika, że sok trzustkowy nie zawiera gotowego zaczynu trawiącego białko, lecz tylko zymogen tegoż. Czynnikiem, który zamienia zymogen w zaczyn jest t. z. przez Pawłowa enterokinaza. Natura tejże nie jest dotychczas ściśle określona. Gotowanie niszczy ją. Enterokinazę wydziela śluzówka dwunastnicy, jelita czczego i jelita biodrowego; w górnej części tego ostatniego w małej ilości, dolna zaś jego część ma zupełnie nie wydzielać enterokinazy, jak również śluzówka kiszki grubej (Delezenne). W naszym przypadku otrzymaliśmy jednak z najdolniejszego odcinka jelita biodrowego wydzielinę, która robiła czynnym zaczyn proteolityczny soku trzustkowego. Głównem miejscem wydzielania się enterokinazy są grudki chłonne Peyera.

Chcąc wykryć miejsce powstawania enterokinazy, poddał Delezenne badaniu gruczoły chłonne jamy brzusznej, białe ciałka otrzymane z krwi, jałową ropę, i przekonał się, że zawierają one kinazę, zdolną robić czynnym zaczyn proteolityczny soku trzustkowego. Zawartością enterokinazy w leukocytach daje się objaśnić fakt, że sok nieczynny względem ściętego białka rozpuszcza łatwo surową fibrynę: wydzielający się ze krwi włóknik porywa kinazę, która nadaje nieczynnemu sokowi własności proteolityczne (Delezenne). Obecność leukocytów w soku, wydzielanym z przetoki, pozwala, prawdopodobnie, wytłomaczyć okoliczność, że niekiedy tenże posiada odrazu własności prote-

olityczne. Dla soku, wydzielanego pod wpływem pilokarpiny, dowiódł tego badaniami histologicznemi jeden ze współpracowników Delezenne'a.

Liczne badania dowiodły, że prócz soku kiszkowego i inne ciała posiadają zdolność zamieniania trypsynogenu w trypsynę, czyli aktywowania trypsyny, a więc żółć, słabe roztwory kwasów i zasad, rozmaite sole. Zdaniem Delzenne'a posiadają wymienioną zdolność sole wapnia, inne sole działają tylko o tyle, o ile umożliwiają drobnym ilościom wapnia, zawsze obecnym w soku trzustkowym, rozwinąć swoją działalność. Sprawa aktywowania trypsyny przez sole wapienne przebiega inaczej. niż aktywowanie z pomocą enterokinazy. Żółć wzmaga jeno już obecną, acz słabą, czynną własność trawienia białka, na sok nieczynny nie działa zupełnie.

Lintwarew na zasadzie swoich badań dotarł do wniosku, że sok, wydzielany z trzustki po spożyciu mięsa, posiada odrazu własność trawienia białka. Natomiast Frouin, badając wpływ rozmaitych pokarmów, przekonał się, że ilość profermentów w soku trzustkowym bywa, niezależnie od rodzaju pożywienia, prawie jednakowa, lecz dla aktywowania soku, otrzymanego po spożyciu mięsa, wystarcza o wiele mniejsza ilość soku kiszkowego, niż dla aktywowania soku, otrzymanego po spożyci bułki i mleka.

Co się tyczy zaczynu diastatycznego, to bywa on wydzielany w postaci czynnej, sok kiszkowy wzmaga działanie tego zaczynu (Pozerski); gotowanie soku kiszkowego nie niszczy jego własności w tym kierunku, lecz tylko osłabia. Zaczyn diastatyczny soku trzustkowego rozszczepia krochmal do maltozy, dalsze rozszczepianie odbywa się pod wpływem soku kiszkowego.

Steapsyna bywa wydzielana w postaci czynnej i nieczynnej. W ostatnich latach wykryto w soku trzustkowym, prócz wymienionych wyżej zaczynów, jeszcze podpuszczkę (Vernon), która wydziela się również w postaci nieczynnej. Aktywują ją sole wapnia (Delezenne), i to w ten sposób, że podpuszczka staje się czynną nagle, po upływie mniej więcej 5 godzin po zetknięciu się z solą wapnia. Sok trzustkowy ma zawierać jeszcze erepsynę—zaczyn, rozszczepiający peptony aż do produktów, nie dających odczynu biuretowego.

Pawłow, na zasadzie badań własnych oraz swoich uczniów,

wygłosił pogląd, że wydzielanie zaczynów trzustkowych odbywa się bardzo celowo, że mianowicie wydziela się w ilości przeważającej zaczyn, potrzebny do strawienia spożytego pokarmu. Pogląd ten uległ surowej krytyce w pracach Popielskiego. Późniejsze badania (Frouin, Babkin) dowodzą, że ilość rozmaitych fermentów lub profermentów w soku jest zazwyczaj równoległa.

Co się tyczy zawartości substancyi stałych i soli w soku trzustkowym, to i one, zdaniem Waltera, mają pozostawać w pewnym stałym stosunku do rodzaju pokarmów. Najnowsze badania Mazurkiewicza z pracowni Popielskiego wykazały, że bodźcem, warunkującym rozmaitą szybkość wydzielania soku trzustkowego jest kwas solny, w rozmaitym stopniu zagęszczony w zależności od rozmaitych rodzajów pokarmów; zmienia się on nawet w przebiegu tego samego doświadczenia. Ilość suchej reszty pozostaje w odwrotnym stosunku do szybkości wydzielania soku. Ilość zaś popiołu jest, wbrew twierdzeniu Waltera, w rozmaitych sokach prawie niezmienna, niezależna od ogólnej ilości suchej reszy, i wynosi około 0,9%. W zestawieniu z tem twierdzeniem zasługują na uwagę doświadczenia Frouina. Wprowadzał on psom do dwunastnicy już-to czysty określonego stężenia roztwór HCl, już-to z dodatkiem peptonów lub cukrów, i przekonał się, że peptony wyraźnie zmniejszają ilość soku trzustkowego, cukry zaś zwiększają. Przeczą one wynikom doświadczeń Mazurkiewicza.

Jaki jest mechanizm wydzielania soku trzustkowego? Pawłow uważał sprawę za odruch, wywołany podrażnieniem przez rozmaite substancye zakończeń nerwów w dwunastnicy. Natomiast Bayliss i Starling wyciągnęli z pomocą HCl ze śluzówki kiszek ciało, nazwane przez nich sekretyną, którego wstrzyknięcie do krwi powoduje wydzielanie soku trzustkowego na skutek bezpośredniego działania na komórki gruczołowe. Wyniki tych badań były potwierdzone przez licznych innych badaczy. Nie należy zaliczać sekretyny do zaczynów: zagotowanie jej nie niweczy jej własności sokopędnych. Sekretynę wydobyto z rozmaitych odcinków jelit; Popielski wydobył nawet z żołądka i prostnicy; jest to ciało odmienne od enterokinazy. Popielski objaśnia działanie sekretyny za pośrednictwem wpływów nerwowych. Fleig sądzi, że kwas solny wywołuje wydzielanie soku

trzustkowego w sposób dwojaki: drogą odruchu, jak tego dowiedli Popielski, Wertheimer, Lepage, oraz drogą humoralną.

Fleig znalazł, że roztwory mydeł wyciągają ze śluzówki jelit ciało — sapokrininę, wywołujące obfite wydzielanie soku trzustkowego.

Prócz wymienionych bodźców fizyologicznych, wywołujących wydzielanie trzustki, istnieje szereg czynników, zwiększających lub hamujących tą czynność. Do pobudzających, prócz HCl, należą: pilokarpina, fizostigmina, peptony, hamują zaś atropina i adrenalina. Właściwie atropina hamuje sokotok, wywołany przez pilokarpinę, sokotoku zaś, zależnego od sekretyny, nie hamuje. Węglan i dwuwęglan sodu działają hamująco w dawkach niedużych, morfina — najpierw hamuje, następnie pobudza, wreszcie—opium mocno hamuje wydzielanie.

Przejdźmy do spostrzeżeń, poczynionych nad wydzielaniem trzustki człowieka. Pierwszy Herter zbadał kilka centymetrów soku trzustkowego, wziętego z trupa z rozszerzonego przewodu Wirsunga. Po nim J. Zawadzki zbadał wydzielinę z przetoki, powstałej po operacyi nowotworu trzustki. Najczęściej badano zawartość torbieli, otrzymaną w przebiegu operacyi, lub przetok, powstałych po zabiegu. Glässner pierwszy zbadał sok, otrzymany ze zdrowej trzustki żywego osobnika za pomocą cewnikowania przewodu trzustkowego podczas operacyi, wykonanej z powodu zwężenia przewodu żółciowego wspólnego, i stworzył podstawę do porównania i oceniania, o ile otrzymany z torbieli lub przetoki płyn może być uznany za prawidłowy sok trzustkowy. Po nim badania nad wydzieliną trzustkową ludzką ogłosili Ellinger i Cohn, Wohlgemuth, Glässner i Popper i in. Wyniki tych badań są następujące. Co się tyczy dobowej ilości soku, to w przypadku Glässnera, w którym można było zbierać całą tą ilość, wahała się ona od 420 do 776 cm. sz.

Skład chemiczny soku przedstawiał się jak następuje:

	Glässner	Schumm	Glässner i Poper	Ellinger i Cohn.
woda	98,7292 -98,751	98,76—98,65		98,8618
suche subst	1,2708—1,249	1,238—1,34		1,1382
popiół	0,5662—0,6976	0,855—0,8567		
N	0,0983—0,0842	0,0689—0,0939	0,0504	0,084
Cl		0,17		

	Glässner	Schumm	Glässner i Poper	Ellinger i Cohn.
białko ścinające się	0,1744—0,1726	0,075		0,0714
ciężar gatunkowy	1,00748—1,00775	1,0108—1,0107	1,009	1,008
δ	—0,46—0.49		—0,51	

Sok ten, pod względem swego składu, jest zbliżony do wydzieliny przetok stałych u psów. Często z torbieli i przetok wydziela się sok o zupełnie odmiennych własnościach; naprz. w przypadku Zawadzkiego zawierał on 9,2% białka i 13,2% suchej reszty. Tego rodzaju płyn należy uważać za wydzielinę, zmienioną chorobowo.

Sok prawidłowy jest bezbarwny, lub ma zabarwienie słabo żółte, jest odczynu alkalicznego. W stanie świeżym sok nie zawiera zaczynu, trawiącego białko; na kilkadziesiąt doświadczeń Wohlgemuth'a raz jeden świeży sok rozpuścił białko. Do aktywowania zaczynu omawianego dodawano do soku wyciąg śluzówki kiszkowej. Glässner aktywował albumozą i przesączem hodowli drobnoustrojowych; żółć pozostawała bez wpływu. W doświadczeniach Wohlgemuth'a żółć oraz sok z wątroby słabo aktywowały sok; pozatem, uważa on za aktywatory — kwasy aminowe.

Zaczyny trawiące krochmal i tłuszcze są obecne w świeżym soku ludzkim. Podpuszczki nie znalazł Glässner ani w pierwszym, ani w drugim swoim przypadku, Wohlgemuth znajdował ją stale, i mianowicie w soku czynnym w postaci gotowego zaczynu, w soku nieczynnym—w postaci profermentu. Aktywowanie tego ostatniego przebiegało równolegle do aktywowania trypsyny. Prócz tego Wohlgemuth wykrył w badanym przez siebie soku złożoną hemolizynę, którą zalicza do grupy lecytydów. Zwraca on uwagę na równoległość między siłą hemolityczną i zaczynem lipolitycznym. Z pomocą roztworu lecytyny wyodrębnił on z soku trzustkowego tą substancyę hemolizującą; jest ona odporna na t⁰ 100⁰ w ciągu kilku godzin, i rozpuszcza czerwone ciałka krwi w ciągu kilku minut. Glässner w swoim drugim przypadku znalazł również słabą hemolizynę.

Najważniejszą stroną badań nad sokiem trzustkowym ludzkim są spostrzeżenia nad wpływem rozmaitych pokarmów na

ilość soku oraz na stężenie zawartych w nim zaczynów. One dopiero mogą dowieść, czy słusznem jest przenoszenie wyników doświadczeń na zwierzętach do fizjologii człowieka. Pierwsi wykonali tego rodzaju badania w swoim przypadku Ellinger i Cohn. Otrzymali oni najmniejszą ilość soku po węglowodanach, większą—po mięsie, jeszcze większą—po tłuszczach. Największą była ilość soku po pożywieniu mięszanem. Doświadczenia te nie potwierdziły poglądu Pawłowa, że ilość zaczynu zależy od rodzaju pokarmu.

Glassner przekonał się, że po spożyciu pokarmów zaczyna się wzmożone wydzielanie soku; w ciągu 4 godzin dosięga ono szczytu, następnie opada. Ilość soku oraz ilość zawartych w nim zaczynów są równoległe. Kwas solny wzmaga wydzielanie. Soda w pierwszym spostrzeżeniu nie wywierała wpływu. W drugim przypadku badanie wykazalo, zgodnie z Ellingerem, najmniejszą ilość soku po węglowodanach; po mięsie, tłuszczu oraz po pożywieniu mięszanem ilości były mniej więcej jednakowe. Spokój zmniejsza wydzielanie, ruch wzmaga. Soda w tym drugim przypadku hamowała wydzielanie. Po atropinie w ciągu $1^1/_2$ godz. wcale nie było soku.

Widzimy, że dane tych autorów nie zupełnie zgadzają się z wynikami doświadczeń na psach, u których spostrzegano po chlebie największy sokotok. Do odmiennych wniosków doszedł Wohlgemuth. U chorego z przetoką trzustkową stwierdził on te same stosunki wydzielniczne, co u psa: po mleku ze śmietanką ilość soku nieznaczna, po mięsie—większa, po węglowodanach — występował formalny sokotok. Przekonał się on również o hamującym wydzielanie wpływie sody. Z danych tych wyprowadza on wskazania lecznicze, o których pomówimy niżej.

Bickel na zasadzie badania przypadku przetoki trzustkowej powiada, że badając trzustkę musimy liczyć się, tak samo jak badając żołądek,—z rozmaitemi zaburzeniami wydzielniczemi: z wydzielaniem nadmiernem, z wydzielaniem zmniejszonem. Być może, niezgodność wyników rozmaitych badaczów zależała od rozmaitych stanów chorobowych trzustki.

Co się tyczy naszego przypadku, to tu sok miał własności następujące.

Był on bardzo rzadki, bezbarwny, tylko niektóre porcye miały zabarwienie żółtawe lub żółte; po staniu wydzielał się

z płynu osad kłaczkowaty. Odczyn, próbowany lakmusem i fenolftaleiną, był alkaliczny, ciężar gatunkowy wynosił 1008—1009. Ilość białka, badana przyrządem Essbacha, była około $2^0/_{00}$, która to ilość zgadza się z liczbami Schumma i Glässnera. Ani razu nie znaleziono w płynie trypsyny czynnej; aktywował ją stale dodatek śluzu z dolnego odcinka jelita biodrowego w fizyologicznym roztworze soli kuchennej. Ten ostatni płyn, a więc śluz kiszkowy w fizyologicznym roztworze soli, po dodaniu doń drobnej ilości tymolu, nie stracił swej własności aktywowania przez przeciąg kilku tygodni.

Nasz płyn, pochodzący z torbieli wzgl. z przetoki, po dodaniu chloroformu, stał pewien czas w naczyniu szklanem, zatkanem watą, nie przedstawiając oznak gnicia, i powoli nabierając słabej zdolności trawienia białka. Co się tyczy innych aktywatorów, to dodatek $^1/_5$ norm. NaOH oraz $^1/_5$ norm. H_2SO_4 okazał się bezskutecznym. Dodatek tychże ilości kwasu lub zasady do soku aktywowanego nawet osłabiał w pewnym stopniu trawienie białka; zasada hamowała mocniej od kwasu. Dodatek żółci nie aktywował trypsynogenu. Doświadczenia wykonywano w taki sposób, że do 2,5 cm. s. płynu dodawano 1, 3, 6, 10 kropli żółci, wziętej od trupa. Nie udało się nam również potwierdzić spostrzeżeń Delezenn'a o uczyniającym wpływie soli wapiennych. Dodawaliśmy 1, 2, 4, 6 kropli 10% roztw. $CaCl_3$ na 5 cm. płynu, do próbówek zanurzaliśmy rurki Metta, i po 24 godzinach nie było ani śladu proteolizy.

Trypsyna, wytwarzająca się samoistnie w stojącym dłuższy czas płynie, następnie po upływie pewnego czasu ginęła. Po 8 tygodniach płyn nie zawierał trypsyny, lecz dodanie do niej soku kiszkowego, tyleż czasu przechowywanego, robiło, że trawienie białka odbywało się sprawnie.

Zaczyny lipolityczny i diastatyczny znaleźliśmy w świeżym płynie kilkakrotnie; ściślejszych określeń ilościowych nie przedsiębraliśmy, i wogóle dalszych doświadczeń w tym kierunku nie robiliśmy. Na obecność podpuszczki badaliśmy nasz sok raz jeden z wynikiem ujemnym; wniosków stąd żadnych wysnuwać nie mamy prawa.

Szczegółowiej badaliśmy płyn na obecność w nim hemolizyny, lecz wnioski nasze nie zgadzają się z wnioskami Wohlgemutha, potwierdzają one raczej spostrzeżenia Delezenn'a, ro-

bione na psach. Badania robiliśmy w taki sposób, że do małych próbówek wlewaliśmy 16 lub 20 kropli 5% zawiesiny krwi ludzkiej w fizyologicznym roztworze NaCl, i dodawaliśmy badany płyn w stosunku 1 : 1, 1 : 2, 1 : 4, 1 : 8, 1 : 16, 1 : 20, badając równolegle płyn zagotowany i niezmieniony. W innym szeregu doświadczeń dodawaliśmy 1 lub 2 krople 0,05% roztworu lecytyny. Próbówki stawialiśmy do cieplarki na 3 godz., a następnie na 18 godzin w chłodnem miejscu. Wyniki badań były następujące. Zupełnie świeży płyn, użyty do doświadczeń bezpośrednio po zebraniu z przetoki, hemolizy nie wywołał nawet w stosunku 1 : 1. Po 2 dniach stania na chłodzie z dodaniem tymolu:

16 kropli zawies. krwi	+ 16 kropli płynu	ślad hemolizy
„ „ „ „	+ 8 „ „	0
„ „ „ „	+ 4 „ „	0
i t. d.		
16 krp. zawies. krwi	+ 16 krp. płynu zagotow.	ślad hemolizy
„ „ „ „	+ 7 „ „ „	0
16 krp. zaw. krwi	+ 16 krp. pł. + 1 krp. lecyt.	wyr. hemoliza
„ „ „ „	+ 8 „ „ + 1 „ „	0
16 krp. zaw. krwi	+ 16 krp. pł. zagot. + 1 kr. lecyt.	b. wyr. hem.

Po dodaniu do zawiesiny krwi płynu aktywowanego:

16 krp. zaw. krwi	+ 16 krp. pł. aktyw.	prawie zupeł. hemol.
16 „ „ „	+ 8 „ „ „	„ „ „
16 „ „ „	+ 4 „ „ „	wyraźna hemoliza
16 „ „ „	+ 2 „ „ „	0

Podobny wynik dało drugie doświadczenie, do którego użyliśmy płynu aktywowanego, po strawieniu przezeń całkowicie rurki Metta.

20 krp. zawies. krwi	+ 20 krp. sok. po prób. Metta	pr. zupeł. hem.
20 „ „ „	+ 10 „ „ „ „	„ „ „
20 „ „ „	+ 5 „ „ „ „	ślad
20 „ „ „	+ 2 „ „ „ „	b. mały ślad
16 „ „ „	+ 16 „ „ „ „	zag. pr. zup. hem.
16 „ „ „	+ 8 „ „ „ „	b. wyraź. hem.

Z doświadczeń tych wynika, że nie można mówić o obecności hemolizyny w świeżym soku trzustkowym. Własności

tej, w stopniu zresztą słabym, nabiera on po staniu, wtedy gdy zjawiają się w nim produkty trawienia białka i mniej więcej równolegle do ilości tych produktów. Że hemolizy tej nie należy uważać za jakąś sprawę fermentacyjną, wypływa z tego, że zagotowanie soku wywiera na hemolizę wpływ minimalny.

Musimy wspomnieć jeszcze o dorywczej próbie co do przechodzenia do soku niektórych związków chemicznych. Po podaniu choremu jodu, udało się wykryć tenże w soku w ilości nieznacznej; po salicylanie sodu sok nie dał z $FeCl_3$ odczynu. Zgadza się to z doświadczeniami na psach.

Wpływ pokarmów na ilość wydzielanego soku ilustrują tylko 2 doświadczenia. W pierwszem po 2 kubkach herbaty z cukrem i bułce w ciągu 5 godzin otrzymano 70 cm. sz. płynu, w drugiem po 2 kubkach mleka w przeciągu tegoż czasu tylko 12 cm. sz. Doświadczenia te wykonano dzień po dniu.

Wydzielanie soku odbywało się w naszym przypadku przeważnie w ciągu dnia, w ciągu nocy wydzielała się bardzo nieznaczna ilość; pozatem sam chory zaznaczał, ze ruch znacznie wzmagał wydzielanie się płynu. W okresie, gdy ilość wydzieliny była już na ogół mniejsza, moża było zauważyć znaczne zwiększanie się tejże podczas biegunki.

Powracając obecnie do *objawów, zależnych od braku czynności trzustki*, należy zaznaczyć, że objawy te dają się podzielić na dwie grupy. Do pierwszej należą objawy, zależne od zniesienia prawidłowego wewnętrznego wydzielania trzustki, a zatem cukromocz zwykły lub pokarmowy. Należy tedy w każdym przypadku torbieli nadbrzusza badać wielokrotnie mocz na obecność w nim cukru. Wykrycie cukru z pewnem prawdopodobieństwem pozwala rozpoznać torbiel trzustki. Jednocześnie rokowanie staje się wysoce smutnem, gdyż słusznie można sądzić, że miąższ trzustki uległ bardzo rozległemu upośledzeniu. Musimy przypomnieć, że zdaniem Waltera Schulzego t. z. wysepki Langerhansa w trzustce najprawdopodobniej mają wpływ decydujący na przemianę cukrową w ustroju. Do drugiej zaliczamy objawy, zależne od braku wydzieliny trzustkowej w przewodzie pokarmowym. Tu należy wymienić upośledzone trawienie białka (azotorrhea), którego objawem jest obecność niestrawionych cząstek mięsnych w kale, oraz nadmierna ilość tłuszczu w kale (steatorrhea). Objawów tych mo-

że brakować pomimo daleko posunięte zachorowanie trzustki, co znajduje objaśnienie w doświadczalnych pracach Rosenberga, Lombrosa, które dowiodły, że nawet po zawiązaniu i przecięciu przewodu trzustkowego trawienie tłuszczu i węglowodanów odbywa się dobrze, i dopiero następcze wycięcie trzustki powoduje ciężką moczówkę cukrową i obfite wydzielanie tłuszczu w kale. Doświadczenia Rosenberga wykazały pozatem, że można trzustkę całkiem wyciąć, część jej wszczepić pod skórę, i trawienie białka, węglowodanów i tłuszczów odbywa się prawidłowo. Zjawiska powyższe dały by się tłomaczyć na drodze wydzielania wewnętrznego (secretio interna). Widziano pozatem, że skoro zaczęto karmić suszoną trzustką zwierzęta, którym wycięto całkowicie trzustkę i u których w następstwie tego wyraźnie zaznaczył się brak trawienia trzustkowego, trawienie białka i tłuszczu polepszało się bardzo wyraźnie. Co prawda, Visenti ogłosił świeżo pracę, w której dowodzi, że po przecięciu przewodów trzustkowych sok trzustkowy toruje sobie po pewnym czasie drogę do jelit, i tem właśnie objaśnia ten autor ujemne wyniki wielu dawniejszych doświadczeń. Bądź co bądź, wartość rozpoznawczą może mieć tu tylko obecność wspomnianych wyżej objawów, a nie ich brak.

Co się tyczy steatorrhei, objawu-wspólnego cierpieniom trzustki i wątroby, to pewne znaczenie rozpoznawcze dla zachorzeń trzustki ma—obecność w kale dużej ilości tłuszczu nierozszczepionego. Ścisłe stwierdzenie stosunku ilości tłuszczu obojętnego do wolnych kwasów tłuszczowych i mydeł wymaga jednak badań bardzo kłopotliwych, których wynik często bywa zawodny.

Na zdolności soku trzustkowego trawienia jąder komórkowych oparł Schmidt metodę określania sprawności trzustki. Polega ona na podawaniu chorym kawałków stwardnionego mięsa w woreczkach z muślinu jedwabnego, zawiązanych nitką jedwabną. O ile czynność trzustki jest prawidłowa, badanie mikroskopowe kawałka mięsa, podanego w woreczku jedwabnym i odszukanego w kale, wykazuje, że jądra włókien mięśniowych są po większej części strawione; w przeciwnym przypadku znajdujemy niestrawione bardzo liczne jądra. Wynik tego badania wówczas tylko posiada wartość, jeżeli woreczek z mięsem przebywał w jelitach nie dłużej nad 36 godzin.

Inny sposób rozpoznawczy podał Bołdyrew. Zasadza się on na spostrzeżeniu, że po wprowadzeniu do żołądka oliwy wraca doń z kiszek sok kiszkowy, oczywiście zmięszany z żółcią i sokiem trzustkowym. Wykonywa się badanie w taki sposób, że naczczo wlewa się do żołądka z pomocą zgłębnika 200 ctm. sz. oliwy, po upływie zaś $1\frac{1}{2}$ godziny wydobywa się zawartość żołądka. Zawartość tą bada się na obecność zaczynów trzustkowych. Metodę tą dla celów klinicznych zastosował Volhardt. Oczywiście, i tu tylko dodatni wynik próby upoważnia do robienia wniosków.

Wspomnimy jeszcze o metodzie Müllera-Schechta, która ma na celu wykrycie trypsyny w kale zapomocą płytek z surowicy krwi, z dodatkiem cukrowego buljonu.

Wykonanie próby: chory dostaje zrana wysoką lawatywę, poczem zjada śniadanie z 150 gr. mięsa i 150 gr. roztartych kartofli; po godzinie środek czyszczący, najlepiej kalomel. Z otrzymanego po mniej więcej 4 godzinach płynnego stolca (o ile jest gęsty, rozcieramy go z dodatkiem wody glicerynowej — 10 gliceryny na 100 wody), przenosimy krople na powierzchnię płytki i stawiamy do cieplarki przy 55—60°C na 24 godziny. W razie obecności trypsyny tworzą się zagłębienia na powierzchni. Dla ilościowego określenia rozcieńczamy stolec wodą glicerynową (w stosunku 1 na 1, 5, 10, 20 50, 100, 200) i badamy, w jakiem rozcieńczeniu zagłębienia się tworzą.

W przypadku zupełnego zamknięcia światła przewodu trzustkowego brak zupełnie trypsyny w kale.

Ciż badacze proponują dla tego samego celu odmianę próby Sahle'go—z kapsułkami glutoidowemi, napełnionemi różnemi substancyami, łatwo dającemi się wykryć—a mianowicie dodają kapsułki żelatynowe stwardnione w formalinie i napełnione węglem (capsulae gelodurate cum carb. ligni) do kału otrzymanego, jak wyżej, i obserwują czas rozpuszczania się kapsułki; można jak w powyższej metodzie stosować rozmaite rozcieńczenia dla ilościowego okreslenia siły trawiącej kału.

Z nowszych sposobów, mających na celu wykazanie zmian chorobowych w trzustce, należy wymienić próbę Cammidge'a. Polega ona na zjawianiu się w moczu osób, dotkniętych cierpieniem miąższu trzustkowego, po zagotowaniu tegoż moczu z kwasem solnym—ciała, dającego z fenilhydrazyną osad, który pod

mikroskopem przedstawia się w postaci żółtych, gwiazdkowato ułożonych, krystalicznych igieł. Próbę tą Cammidge kilkakrotnie zmieniał. Pierwotnie zalecał 2 odmiany — A i B, później zastąpił je jedną C. Stosowanie tej ostatniej, podług przepisu Cammidge'a, jest następujące. 20 cmt. sz. dobrze przesączonego moczu gotujemy z 1 ctm. sz. HCl w przeciągu 10 minut na kąpieli piaskowej. W celu zapobieżenia nadmiernemu stężeniu moczu wstawiamy do kolbki lejek, na którem skrapla się para wodna; po zagotowaniu dopełniamy wodą do 20 cm. sz., oziębiamy i zobojętniamy 4 grm. węglanu ołowiu. Po przesączeniu dodajemy 4 grm. potrójnie zasadowego octanu ołowiu (plumbum aceticum tribasicum), przesączamy, strącamy nadmiar ołowiu gotowaniem z 2 grm. sproszkowanego siarczanu sodu, poczem przesączamy. Z przesączu bierzemy 10 ctm. sz., 8 cm. sz. wody, 1 cmt. sz. 50% kwasu octowego, 0,8 grm. phenylhydrazini hydrochlorici i 2 grm. octanu sodu, gutujemy 10 minut i przesączamy na gorąco do próbówki. Ilość przesączu powinna wynosić 15 ctm. sz. Jeżeli jest mniej, dopełniamy wodą do tej ilości. O ile mocz zawiera białko—należy je najpierw strącić, o ile cukier — sfermentować tenże. Oczywiście, należy w każdym przypadku wykonać próbę z fenilhidrazyną na cukier bez gotowania moczu z HCl, albowiem na zasadzie tylko wyglądu nie sposób jest odróżnić kryształów Cammidge'a od kryształów glykozazonu. Pozatem Cammidge uważa za ważną cechę rozpoznawczą—szybkość, z jaką owe kryształy rozpuszczają się w 30%-m kwasie siarczanym.

Próba Cammidge'a, jakkolwiek niedawno podana, już była omawiana przez wielu autorów. Nie brak głosów, odmawiających jej jakiejkolwiek wartości. Z drugiej strony, bardzo poważni autorowie, naprz. Robson, jeden z najbardziej doświadczonych chirurgów trzustki, i wielu innych, przyznają jej niezaprzeczoną, dużą wartość rozpoznawczą, szczególnie w porównaniu do innych sposobów badania. Na zasadzie badania 32 przypadków, z pośród których w 20 wyniki były sprawdzone oględzinami pośmiertnemi zwłok, przyczem w $^3/_4$ przypadków dane oględzin zgadzały się z wynikiem próby, wygłasza Maas zdanie, że dodatni wynik próby Cammidge'a z dużem prawdopodobieństwem przemawia na korzyść cierpienia trzustki, ujemny zaś wynik—wyłącza je. Roth przypisuje próbie Cammidge'a war-

tość względną, gdyż u 2 zupełnie prawidłowych osobników z pośród 10 wynik próby był również dodatni. Eloesser, który na 16 prób miał 12 dodatnich wyników, tylko w 1 przypadku nie znalazł u trupa zmian w trzustce, pomimo dodatni wynik próby Cammidge'a. Uważa on próbę za zasługującą na stosowanie; tak samo mówi Goodman.

Co się tyczy naszego własnego materyału, to jest on zbyt szczupły, by upoważniał do daleko sięgających wniosków. Badaliśmy dotychczas na obecność kryształów Cammidge'a mocz 9 chorych, niektórych po kilka razy; z nich w 4 wynik był ujemny (cholecystitis, tuberculosis pulmonum et intestinorum ze stolcami, zawierającymi dużo tłuszczu, tumor abdominis, i cirrhosis hepatis). Wynik dodatni mieliśmy: u chorego na raka żołądka, u którego, jak to wykazało badanie zwłok, nowotwór szerzył się na głowę trzustki; u chorego z moczówką cukrową, u chorej z torbielą trzustki, o której mowa niżej, wreszcie u chorego starca z guzem w nadbrzuszu — prawdopodobnie wychodzącym z żołądka i przechodzącym na trzustkę. Widzimy, że w naszych przypadkach mieliśmy wynik dodatni tam, gdzie udział trzustki w cierpieniu już na zasadzie innych danych wydawał się prawdopodobnym. Dodać musimy, że jednorazowy ujemny wynik próby nie przesądza sprawy; niekiedy dopiero po kilku badaniach otrzymuje się wynik dodatni. Do próby należy brać mocz możliwie niezmieniony, możliwie całą ilość dobową. Fermentowanie moczu, w celu usunięcia zeń cukru, robi wynik badania mniej pewnym, albowiem fermentacya może spowodować nie dające się obliczyć zmiany w moczu.

Dodamy tu jeszcze jeden objaw, zależny od upośledzenia czynności trzustki, objaw na który sami chorzy niejednokrotnie zwracają uwagę — mianowicie w pewnych przypadkach rzuca się w oczy, że masy stolca są zaobjętościowe w stosunku do ilości spożywanych pokarmów.

Spostrzegano *znikanie i ponowne zjawienie się guza.* Objaw ten bywa tłomaczony w taki sposób, że już to zawartość torbieli wydala się przez kiszkę lub żołądek—zjawisko takie w samej rzeczy widywano, już to rozlewa się ona po jamie otrzewnowej. Zdarza się takie znikanie bądź to samoistnie, bądź po obrażeniu brzucha.

O ile przytoczone wyżej objawy zarysowują się mniej lub

bardziej wyraźnie, o ile dają się zestawić w wystarczającej liczbie, o ile wreszcie daje się ustalić łączność pomiędzy powstaniem torbieli w nadbrzuszu i urazem tejże okolicy, o tyle *rozpoznanie* właściwe może być zrobione zupełnie trafnie, lub też staje się ono mniej lub bardziej prawdopodobnem.

Często, niestety, rzecz ma się inaczej: objawy spostrzegane są za nikłe, za mało charakterystyczne, wywiady również nie dają rozstrzygających wskazówek. Wówczas rozpoznanie waha się pomiędzy rozmaitemi sprawami chorobowemi; uwzględnić wypada bąblowiec wątroby, duży pęcherz żółciowy, guz śledziony, tętniak aorty brzusznej, tętniak urazowy tętnicy nerkowej, urazowe krwio-ropo lub wodo-nercze, torbiel krezkową, krwiak jamy sieci małej, puchlinę brzuszną i t. p.

D. N.

JEDYNE W SWOIM RODZAJU SPOSTRZEŻENIE Z KAZUISTYKI OPERACYJNEJ WŁÓKNIAKÓW MACICY.

podał

FRANCISZEK NEUGEBAUER

(podług przemówienia na posiedzeniu sekcyi ginekologicznej Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z dnia 25/IX 1908).

W roku 1900 ogłosiłem w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego artykulik pod tytułem: „*Rzadkie spostrzeżenie torbieli macicznej, usuniętej na drodze amputacyi macicy przy pomocy cięcia brzusznego*“.

Przypadek zrządził, że w 10 lat później musiałem dokonać powtórnie takiej samej operacyi u tejże samej chorej. Spostrzeżenie to, mojem zdaniem, jest dotychczas unikatem w kazuistyce wszechświatowej co do różnych szczegółów, jego dotyczących. Dla opisu spostrzeżenia ostatniego mimowoli zniewolony jestem dziś w tem miejscu powtórzyć częściowo artykuł w roku 1900 ogłoszony.

Kazuistyka torbieli macicznych dotychczas nie jest bardzo bogatą. Co do pochodzenia torbieli macicznych, podług najnowszych poglądów upatrywano źródło tworzenia się ich albo w gruczołach trzonu macicy, albo też w zabłąkanych do mesometrium wysepkach błony śluzowej macicy, w pozostałościach nerki pierwotnej pochodzenia płodowego (w ostatnim przypadku torbiele miały mieć położenie podsurowicze), w pozostałościach przewodu lub przewodów Wolff'a z okresu życia płodowego, w torbielowatych tworach wewnątrz włókniaków lub włókniakomięśniaków macicznych, nareszcie w torbielowatem zwyrodnieniu całkowitem mięśniaka macicznego. Kwestya co do pochodzenia torbieli macicznych dla wielu przypadków jest daleką od rozstrzygnięcia, dowodzi tego spór o charakterze nabłonka w torbielach, pochodzących z pozostałości pierwotnych nerek. Dnia 13 września 1898 r. po raz pierwszy miałem do

czynienia z taką torbielą maciczną na skromny wtedy materyał około 280 operacyj ginekologicznych, połączonych z otwarciem jamy brzusznej. Dziś liczba takich operacyj, dokonanych na oddziale moim wynosi blizko 500, a jednak spostrzeżenie to torbieli macicznej pozostało dotychczas jedynem w tej kazuistyce.

Dnia 13 września 1898 r. zapisała się do szpitala 24-letnia wtedy panna X., wskutek guza w jamie brzusznej. Pacyentka o ogólnym stanie zdrowia bardzo dobrym i wyglądzie bynajmniej nie chorowitym, miesiączkowała regularnie od 17-go roku życia bez jakichkolwiek zaburzeń — aż do roku 1897. W tym to roku przez trzy miesiące nie było peryodu wcale, lecz po używaniu żelaza miesiączka powróciła. W grudniu 1897 r. pacyentka po zaz pierwszy zauważyła guz w brzuchu; peryod zaczął zjawiać się zbyt często — co dwa tygodnie, trwając po 7 do 8 dni. W kwietniu 1898 r. jakoby guz miał nagle zmniejszyć się znacznie, tak, że w końcu kwietnia nie przekraczał wielkości pomarańczy.

Chora opowiada, że zmniejszeniu się guza towarzyszyło obfite krwawienie z części rodnych. Badając chorą dnia 12 września 1898 r., wymacałem w jamie brzusznej guz wielkości przeszło główki noworodka, będący w ścisłej łączności z dnem ciała macicy. Guz przewyższał pępek, miał powierzchnię zupełnie gładką i był tak ruchomy, że można go było przesuwać wraz z macicą w każdym kierunku dowolnie, następnie zaś powracał na swoje miejsce, kierując się wierzchołkiem ku podżebrzu lewemu. Guz wytłaczał powłoki brzuszne na zewnątrz i był widoczny w tej chwili po odsłonięciu brzucha chorej. Z powodu niepodatnych ścian brzusznych dziewiczych nie sposób było, dwuręcznie badając, wymacać dokładnie przydatków macicy bez uśpienia chorej.

Ponieważ stwierdziłem chełbotanie w guzie, a wywiady czyniły prawdopodobnem, że istnieje zatrzymanie krwi miesiączkowej w jednym rogu macicy dwurożnej, dnia 15-go września przystąpiłem do cięcia brzusznego w zwykłem grzbietowem ułożeniu chorej, spodziewając się, że natrafię na dwurożną macicę, natrafiłem zaś wbrew oczekiwaniom na zupełnie coś innego; mylne rozpoznanie nader pouczające. Nie było ani dwurożnej macicy, jak udowodniło miejsce połączenia sie obu jajowodów z macicą, nie chodziło dalej o nowotwór czyli guz przydatków macicznych w następstwie przemieszczony, lecz chodziło o torbielowaty guz o podstawie szerokiej, osadzony na samym trzonie macicy, o zawartości płynnej, o guz na razie wątpliwego pochodzenia, osobliwego kształtu o osobliwem umiejscowieniu. Ściany torbieli bez jakiejkolwiek różnicy co do zabarwienia i spoistości przechodziły w ścianę samej macicy; tylko na szczycie samej torbieli ściany zdawały się być cieńszemi — chełbotanie w tem miejscu było wyraźniejsze, niż w niżej położnych częściach torbieli.

Osada guza była szeroka i sięgała od osady jednego jajowodu do osady drugiego, czyli zajmowała całą szerokość dna macicy. Nie znalazłem żadnych zrostów pomiędzy guzem a sąsiedztwem. Postanowiłem w celu usunięcia guza amputować trzon macicy, pozostawiając na miejscu jaknaj-

więcej ciała macicy oraz oba jajniki dla zapobieżenia objawom przedwczesnego przekwitania. Po uchwyceniu każdego jajowodu kleszczami w odstępie około dwóch centymetréw od macicy amputowałem dno trzonu macicy trzema cięciami, jak to pokazuje poniżej załączony rysunek № 1. Cięcia dokonalem wzdłuż linij nm, nm, mm, zatem z pozostałej części trzonu macicy wyciąłem klin taki, aby powstaly dwa płaty: tylny i przedni,, które zespoliłem ze sobą szwami, mianowicie zastosowałem w tym celu kilka szwów węzełkowych w kierunku strzałkowym oraz ciągły szew poprzeczny od strony prawej ku lewej biegnący.

Kilka naczyń krwawiących podwiązałem oddzielnie lub też obkłułem stosownie do potrzeby. Co do błony śluzowej jamy macicy nie zastosowałem żadnych specjalnych rękoczynów, ani nie wycinając ani nie przypalając jej, t. j. nie troszcząc się specyalnie o nią, jak to zwykle z dobrym skutkiem dotąd czynilem, amputując macicę włókniakową. W przebiegu pooperacyjnym raz jeden ciepłota dotarła do 38,8° C wskutek powstania małego ropnia w otyłej ścianie brzusznej, pozatem przebieg pooperacyjny był pomyślny i chora wkrótce opuściła szpital wyleczoną. Po upływie roku dowiedziałem się od ś. p. kolegi Hay'a, który skierował chorą do mnie, o tem, że chora od czasu operacji czuła się zdrową, od czasu do czasu jednak doznawała bólu, oddając mocz, mianowicie w marcu, to jest przeszło 6 miesięcy po operacji. W końcu marca 1899 r. po kilkudniowym bólu w cewce moczowej chora wydzieliła z moczem nitkę jedwabną, inkrustowaną solami moczowemi, którą wręczyła koledze Tokarskiemu, który ją mnie doręczył. Była to pętla szwu jedwabnego węzełkowego z obu wolnymi końcami. Chorej powiedziałem swego czasu, że prawdopodobnie perjody będzie miewała, lecz że zajście w ciążę będzie wyłączone pomimo pozostawienia na miejscu obu jajników zdrowych.

Operacja była bardzo prosta wobec braku zrostów, komplikacyj etc. Możnaby wszelako postawić pytanie, czy nie było możności usunięcia torbieli bez częściowej amputacyi macicy? Czy nie można było wyłuszczyć poprostu torbieli a macicę w całości zachować? Mimowoli musiałem o tem myśleć, lecz sam preparat pokazuje, że takie postępowanie w danym przypadku było niemożliwem. Po pierwsze, przed dokonaną przezemnie operacyą amputacyi nikt nie byłby w stanie określić, jak grubą jest warstwa, oddzielająca jamę macicy od jamy torbieli, a powtóre, jak pokazuje preparat, wobec cienkości przegrody pomiędzy jamą macicy a jamą torbieli — grubość przegrody tej wynosiła zaledwie kilka millimetrów — daremnem byłoby usiłowanie wycięcia torbieli bez mimowolnego otworzenia jamy macicy. Można było otworzyć torbiel, wszyć obwód zrobionego w niej otworu do rany brzusznej, stosując tamponacyę, jak przy tak zwanej marsupializacyi, lecz postępowanie takie

wywołałoby bardzo długotrwałą kuracyę, nadto następstwem jego byłoby nienaturalne unieruchomienie macicy, czyli przymocowanie jej do ściany brzusznej. Jajniki pozostawiłem na miejscu z wyłuszczonych już przyczyn.

Opowiadanie chorej, że jakoby raz jeden guz znacznie się zmniejszył podczas obfitego krwawienia na zewnątrz, mimowoli mogłoby naprowadzić na myśl, czy czasem nie istniała u niej *haematometra uteri bicamerati* lub *haematometra* jednego rogu macicy dwurożnej, lecz oba przypuszczenia upadają natychmiast wobec oględzin preparatu pooperacyjnych. Istnienie macicy dwurożnej wyłącza topograficzny stosunek dna macicy do miejsca przyczepu jajowodów, a przypuszczenie macicy dwukomorowej upada wobec przecięcia preparatu w kierunku czołowym.

Zkąd więc powstała owa torbiel macicy? Bąblowca macicy w danym przypadku nie było. Miejsce, w którem torbiel powstała, nie przemawia za pochodzeniem jej z resztek przewodu Wolff'a, albowiem wówczas torbiel zajmowałaby prawdopodobnie boczną ścianę macicy, a nie samo dno. Tak samo mało prawdopodobnem zdaje się pochodzenie torbieli z naczyń chłonnych — torbiele te leżą zwykle tuż pod samą otrzewną.

Ponieważ w danym przypadku nie istniało żadne prawdopodobieństwo, aby torbiel powstała z resztek ciała Wolff'a lub przewodu Wolff'a lub z naczyń chłonnych, pozostała więc tylko ewentualność, że torbiel owa powstała wskutek torbielowatego zwyrodnienia nowotworu macicy, mięśniaka, włókniaka lub mięśniako-włókniaka (Myoma, fibroma lub fibromyoma uteri). Rzeczywiście też badanie drobnowidzowe owej torbieli, dokonane przez kolegę Jerzego Brunnera, wykazało, że torbiel owa powstała ze zwyrodnienia torbielowatego mięśniaka macicy. Chodziło mianowicie o mięśniak gładkowłókienkowy macicy. Gładkie włókna mięśniaka zdradzały przebieg falisty; na przekroju preparatu krzyżują się włókna mięsniowe w najrozmaitszych kierunkach tak, że na przekroju widać włókna mięśniowe, trafione nożem w poprzek lub wzdłuż. Po zabarwieniu preparatu sposobem van Giesona można było dojrzeć skąpą tylko ilość tkanki łącznej bardzo skąpo unaczynionej.

Na wewnętrznej powierzchni jamy torbieli nie widać nigdzie ani śladu wysłania nabłonkiem; widać było włókna mięśniowe

obrzękłe i będące w stanie rozkładu oraz pęczki tkanki łącznej. Chodzi zatem o mięśniak zwykły lub włóknisty, uległy zwyrodnieniu torbielowatemu. Nie śmiem odpowiedzieć na zapytanie, czy istnieje tutaj związek etyologiczny pomiędzy powstaniem owego pierwotnego mięśniaka a resztkami ciała Wolff'a lub nie, muszę decyzyę pozostawić więcej kompetentnym na tem polu badaczom.

Załączam poniżej rysunek (№ I) szematyczny preparatu czyli warunków topograficznych dla łatwiejszego zrozumienia podanego opisu. Widzimy torbiel o szerokiej podstawie, implantowaną na samem dnie macicy. Wymiar najdłuższy torbieli o kierunku skośnym miał 18 centymetrów długości, największy obwód torbieli powyżej osady wynosił 24 centymetry. Grubość ścian torbieli zmniejszała się stopniowo od dołu ku górze, około podstawy torbieli wynosiła ona około 22 mill., u szczytu torbieli zaledwie 2 mill. Najdłuższy poprzecznik jamy torbieli miał 11 — 12 centymetrów długości. Dno macicy miało 8 cent. szerokości.

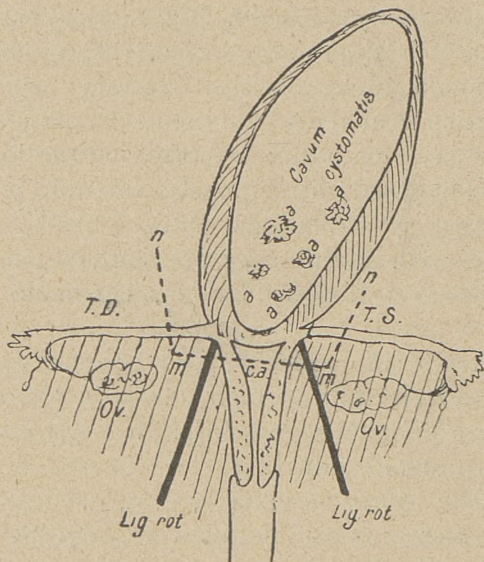
Torbiel zawierała żółtawy płyn przezroczysty, nie lepki. Wewnętrzna powierzchnia torbieli nie była bynajmniej gładką lecz nierówną o mnogich wyniosłościach czyli sfałdowaniu wewnętrznem jej powłoki jednolitej.

Tu i owdzie (patrz rysunek *a*, *a*, *a*, *a*, *a*) widać było wynaczynienia większe lub mniejsze na wewnętrznej powierzchni torbieli. *T. D.* i *T. S.* oznaczają jajowód prawy i lewy. *Ov* jajniki, *C. U.* Cavum uteri. *nm*, *nm* i *mm* oznaczają trzy cięcia dokonane w celu amputacyi torbieli i dna macicy. Grubość przegrody pomiędzy jamą macicy a jamą torbieli wynosiła zaledwie 3 mill. Na rysunku szematycznym owa przegroda jes narysowaną zbyt grubo. O odłuszczeniu ściany torbieli od ściany macicy mowy być nie mogło, tem bardzicj, że torbiel powstała w samym miąższu ściany macicy.

Tyle napisałem w roku 1900 o tem spostrzeżeniu. Minęło od czasu owej operacyi lat 10.

Dnia 31 lipca 1908 r. chora ta jak dawniej — niezamężna, zgłosiła się ponownie do mnie. Po operacyi przez całe dziesięć lat czuła się dobrze i miesiączkowała prawidłowo bez jakichkolwiek dolegliwości. Chora przyszła do mnie obecnie dla tego, że zauważyła nowy guz w brzuchu! Dwa lata temu jakoby wylało się przez pochwę sporo płynu wodnistego, i guz jakoby znacznie zmalał. Chora więc ponownie zauważyła takie

samo zjawisko, jak już przed pierwszą operacyą, a ponieważ jest osobą inteligentną, wypada jej wierzyć. Ostatni peryod, zakończony 13 lipca, trwał 7 dni i nie był obfitszy od poprzednich. Bólów chora nie doznaje żadnych, a zgłasza się do lekarza głównie z obawy o zdrowie z przyczyny obecności guza w jamie brzusznej. Badając chorą wymacano zupełnie taki sam guz chełbocący, jak dawniej, tak samo umiejscowiony, tylko znacznie większy. Mimowoli trzeba było myśleć o powrocie poprzedniego guza, lecz przypuszczeniu takiemu wypadło przeciwstawić to, że wtedy guz był



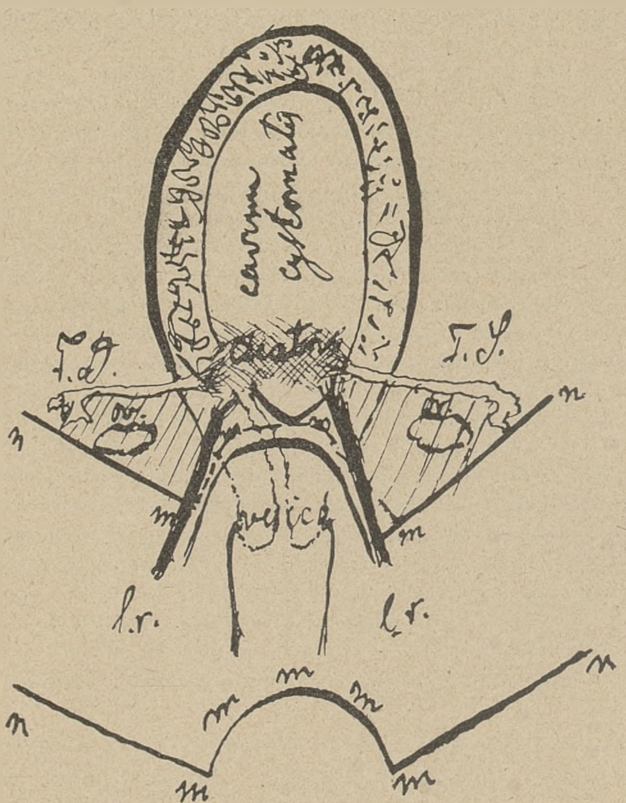
Rys. 1.

całkowicie usunięty wraz ze ścianą macicy, z której wychodził, więc wyłączoną była możność, aby wtedy chociażby najdrobniejsza część ściany guza mogła pozostać niewyciętą.

Dnia 4 sierpnia 1908 r. przystąpiłem do powtórnego cięcia brzusznego po zwykłem przygotowaniu chorej do laparotomji. Położenie Trendelenburga. Przecinając bliznę w smudze nóż przeciął bliznę twardą, lecz nigdzie nie natrafił na jakikolwiek ślad szwów jedwabnych, dawniej w ścianie brzusznej pogrążonych. W jamie brzusznej ujawniono olbrzymi włókniak ciała macicy wielkości półtora raza głowy dorosłego mężczyzny. Powierzchnia guza była wszędzie gładka, równomiernie różowa, żadnych zrostów z sąsiedztwem nie było, jak i podczas pierwszej operacyi. Ponieważ guz był wielki, trzeba było cięcie znacznie przedłużyć ku górze przez pępek. Wobec wyraźnego przed operacyą chełbotania guza przygotowano gruby trójgraniec, lecz paracentezy zaniechałem, ponieważ jej wogóle w przebiegu

laparotomji unikam z zasady dla przyczyn, o których już nieraz wspominałem na posiedzeniach sekcyi ginekologicznej.

Na przedniej powierzchni guza, mniej więcej na 20 centymetrów poniżej jego szczytu, widać było srebrzysto błyszczącą bliznę poprzeczną, przebiegającą od dośrodkowego końca jednego jajowodu do dośrodkowego końca drugiego jajowodu, czyli bliznę po dawniejszej amputacyi, wzgl. rezekcyi



Rys. 2.

dna macicy. W tem to miejscu widać było jakby blaszkowatą błonę na guzie leżącą i zrośniętą ze szczytem pęcherza moczowego, czyli, że nie istniała żadna *excavatio vesicouterina*. Była to blaszka zapalnego pochodzenia wyglądu powięzi. Prawy jajnik torbielowato zwyrodniały, powiększony, jak półtorej gruszki, zawierał szereg torbieli krwią napełnionych (apoplexia multiplex ovarii). Tak samo przedstawiał się lewy jajnik, lecz z tą różnicą, że był znacznie mniejszy i zawierał tylko jeden mieszek krwawy — zapewne po ostatniej miesiączce. Jajowody były krótkie, co nie mogło być inaczej, ponieważ przy poprzedniej operacyi część każdego jajowodu usunięto (rys. №II).

Po wprowadzeniu cewnika do pęcherza moczowego dla sprawdzenia stosunku guza do pęcherza, przekonano się, że szczyt pęcherza był zrośnięty z guzem tak, że żadnej *excavatio vesicouterinae* nie ma.

Po wyłonieniu guza z jamy brzusznej podłożono serwety, tamponując i zatokę Douglasa. Teraz podwiązano więzy lejkowo-miednicowe po jednej i po drugiej stronie. Pomiędzy szeregiem podwójnych podwiązek przecięto odśrodkową część więzów szerokich. Cięcia prowadzono odśrodkowo, sięgając o ile można jak najniżej. Następnie zrobiono cięcie półkoliste, wklęsłe ku dołowi, na przedniej powierzchni macicy, powyżej szczytu pęcherza i wytworzono przedni płat maciczny. Dokonano takiego samego cięcia na tylnej powierzchni macicy, wycinając trzon macicy klinowato jak najniżej i podwiązując przytem oddzielnie każdą tętnicę maciczną bądź też jej gałązki krwawiące. Po odpowiedniem sformowaniu kikuta i przystosowaniu brzegów dwóch płatów, ranę amputacyjną pokryto przez zeszycie ze sobą przedniego i tylnego płata szeregiem szwów strunowych (katgutowych) węzełkowych, rany przymacicz po usunięciu jajowodów i jajników spojono sympertonealnie ciągłymi i węzełkowymi szwami strunowymi, jak zwykle w ostatnich latach. Dla kikuta zastosowano szew dwupiętrowy.

Głębsza warstwa zwów chwytała tylko *myometrium* aż do śluzówki, a powierzchowna warstwa *myometrium* i *perimetrium*. Ranę zeszyto jaknajdokładniej symperytonealnie. W przebiegu amputacyi guza ściana jego pękła w jednem miejscu i wylało się przez otwór około półtora litra brudnawo czarnego płynu krwawego, w którym to płynie pływało sporo złogów włóknikowych koloru jasnych miękkich cukierniczych czekoladek. Po ukończeniu wewnątrzbrzusznej akcyi operacyjnej widać było w dnie miednicy cały szereg gęsto nałożonych szwów węzełkowych strunowych, w półkolistej linii sięgających od jednego *ligamentum infundibulopelvicum* do drugiego. Ranę brzuszną zaszyłem szwem trzypiętrowym; otrzewnę i powięzie spoiłem struną, powłoki skórne klamrami Michel'a. Operacja poszła gładko i składnie pomimo, że torbiel owa czyli guz pękł w jednem miejscu. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, pacyentka wypisała się zdrową 24 sierpnia 1908 r.

Badanie guza ujawniło, że chodziło o guz absolutnie identyczny z guzem dawniej wyciętym. Zachodziła ta różnica, że guz dziś wycięty z ponowną, głęboką tym razem, amputacyą macicy był o wiele większy, niż poprzedni, oraz, że ściany guza czyli torbielowato zwyrodniałego włókniaka macicznego były o wiele grubsze, wykazując grubość do czterech centymetrów. Istniała jeszcze druga różnica, że, podczas gdy dawniej usunięty guz leżał powyżej jamy macicy, dziś guz sięgał obok jamy macicznej wgłąb, mianowicie wychodząc z miąższu lewostronnej ściany macicy.

Podczas operacyi ściana guza pękła u samego dna guza podczas cięcia amputacyjnego, co dowodzi jak nizko guz ten

sięgał w kierunku szyi macicy. Dla tego też po amputacyi wycięto jeszcze z kikuta tyle, co można było, tkanki, aby na wszelki wypadek nie pozostawić w kikucie chociażby najdrobniejszej części dolnej ściany guza, aby nie narazić chorej na trzecią podobną operacyę. Zresztą liczę na to, że po dokonanem obecnie usunięciu obu jajników nie wytworzy się już ponownie włókniak z kikuta, tem bardziej, że chora liczy obecnie już lat 35.

Kazuistyka myomotomij w oddziale moim dokonanych, atakujących macicę bądź z pomocą otwarcia jamy brzusznej od góry, bądź od strony pochwy, obejmuje obecnie 87 spostrzeżeń. Ani jednego przypadku analogicznego ani w niej, ani w piśmiennictwie wszechświatowem nie napotkałem. Rzadkość spostrzeżenia polega 1) na równomiernem torbielowatem zwyrodnieniu włókniaka macicy, 2) na wytworzeniu się drugiego identycznego włókniaka z identycznem zwyrodnieniem, 3) na kilkakrotnem samowolnem opróżnieniu się płynnej zawartości guza z następczem zarośnięciem miejsca pęknięcia i ponownem napełnieniem się guza takimże płynem. Nie przytaczam dziś w tem miejscu żadnych danych z piśmiennictwa obcego, lecz pozwolę sobie powrócić do niektórych szczegółów tego spostrzeżenia w pracy, poświęconej ogólnej kazuistyce własnej włókniaków macicy.

Z Oddziału Chirurgicznego szpitala Św. Ducha w Warszawie.

Czwarty i piąty przypadek zaszycia serca (sposobem własnym).

podał

I. BORZYMOWSKI

p. o. Ordynatora Szpitala Św. Ducha.

6-go czerwca roku zeszłego miałem sposobność po raz czwarty zeszyć serce.

O godz. 4 m. 40 po południu Pogotowie Ratunkowe przywiozło do szpitala św. Ducha J. K. w wieku 17 lat z trzema cięto-kłutemi ranami w okolicy serca. Chory ten dobrze zbudowany i średnio odżywiony był nieprzytomny, twarz miał blado-sinawą, oddychał z trudnością, na pytania zupełnie nie odpowiadał. W żadnej tętnicy promieniowej ani lekarz miejscowy kol. Kalinowski, ani ja nie mogliśmy wyczuć tętna; na tętn. udowej kol. Kalinowski mógł zliczyć tętno = 110 na minutę.

Chory ten, jak później dowiedziałem się, był trzykrotnie przebity długim scyzorykiem.

Pomiędzy 4-em i 5-em lewem żebrem, tuż około mostka, była jedna poprzeczna rana około 1 ctm., mająca zupełnie gładkie brzegi. Bliżej ku linii środkowej na lewym brzegu mostka były 2 trochę mniejsze od pierwszej, jedna o 1—2 ctm. wyżej, druga zaś o tyleż niżej od poziomu pierwszej.

Uderzenie serca niewidoczne, natomiast bardzo wyraźnie słyszalne tony serca, zanotowane na karcie wizytowej jako: „ostre". Wobec nieprzytomności chorego oraz zupełnego braku tętna, postanowiłem operować go bez uśpienia i bez jakiegokolwiek znieczulenia.

O p e r a c y a. Po zwykłem obmyciu pola operacyjnego (kilkakrotnie spirytusem-mydlanym, benzyną i sublimatem) oraz wyjodynowaniu skóry na niem, przystąpiłem do operacyi mniej więcej po upływie $^1/_2$ godziny po otrzymaniu ran przez chorego z pomocą tylko jednego asystenta kol. Kalinowskiego i podającego narzędzia felczera Osińskiego.

Operacya w głównych zarysach była zrobiona według sposobu, ogłoszonego przezemnie w „Medycynie" w 1904 r. (Trzy przypadki zeszycia serca i teorya zszywania serca na spostrzeżeniach własnych oparta).

Pierwsze cięcie skóry zrobiłem wzdłuż 5-go lewego żebra około 5 ctm. długości, zachodząc prawym końcem cięcia tego na mostek; wyciąłem przez to cięcie około 4 ctm. chrząstki 5-go żebra i przez powstały w ten sposób otwór wszedłem następnie palcem do jamy klatki piersiowej, w tem miejscu *nie pokrytej opłucną.* Palcem tym oddzieliłem od tylnej ściany mostka tkan-

ki, stanowiące przednią powierzchnię śródpiersia przedniego, oraz odsunąłem możliwie daleko w prawo brzeg prawej opłucnej, a w górę i na lewo— brzeg lewej opłucnej (mobilisatio pericardii et pleurae partialis). Czynność tę udało się wykonać bez rozerwania opłucnej, dotąd bowiem żadnego syczenia i wogóle szmeru rana nie wydawała. Dowodziło to również tego, że wszystkie trzy rany pierwotne oplucnej nie otworzyły.

Następnie zrobiłem drugie cięcie skórne przez środek mostka od 3-go do 5-go żebra, złączyłem je z pierwszem, oddzieliłem skórę na lewo i wyciąłem po 3—4 ctm. 3 go i 4-go żebra lewego przy mostku, oraz lewą połowę mostka od 3-go do 6-go żebra Ponieważ do operacyi nie było przygotowane dłuto, wycięcie mostka zrobiłem nożycami Listona, które z trudnością krajały kość; okoliczność ta wpłynęła na dalszy przebieg operacyi. Mianowicie, kiedy zaraz potem chciałem zrobić cięcie w osierdziu, okazało się, że mostek był za mało wycięty, nóż mój bowiem trafił na lewą opłucną i otworzył ją szeroko na samej granicy przejścia ściennego listka opłucnej na osierdzie. Spostrzegłszy tę omyłkę, zaraz zaszyłem doszczętnie otwór opłucnej ciągłym szwem jedwabnym.

Udało się to zrobić tylko dzięki temu, że tkanki przedniego śródpiersia razem z brzegiem lewej opłucnej były już poprzednio uruchomione, odłuszczone od kości; opłucna nieoddzielona jest tak napięta, że o zszywaniu jej nie może być mowy.

Po zaszyciu wadliwego otworu w opłucnej, zrobiłem ponowne cięcie bliżej mostka, odszukawszy poprzednio otwór (ranę) w osierdziu: w otwór ten włożyłem nożyczki i rozciąłem osierdzie w kierunku podłużnej osi serca na dół i na lewo od tego otworu, a następnie w górę i na prawo, bacząc uważnie, by nie zranić ostatniem cieciem prawej opłucnej. W miarę rozcinánia osierdzia zaczął wyłaniać się z niego olbrzymi skrzep krwi, mający postać i wygląd łożyska w momencie wychodzenia tegoż z pochwy. Po wyjęciu tego skrzepu buchnęła ciemna krew grubym strumieniem; nastąpił krytyczny moment operacyi, albowiem do tej chwili skrzep krwi na podobieństwo futerału obejmował serce i zatykał w pewnym stopniu znajdujące się w nim rany.

Działanie skrzepu tamujące krwawienie było prawdopodobnie jeszcze wzmożone prężnością powietrza, które mogło dostać się do osierdzia przez rany, wskutek ujemnego ciśnienia w klatce piersiowej przy oddechu. Od obecności powietrza w osierdziu mogły zależeć także te dźwięczne wyraźnie słyszalne tony serca, które zwróciły szczególną moją uwagę przed operacyą, słyszałem bowiem zawsze w poprzednich swoich przypadkach tony b. głuche.

Po wyjściu skrzepu, dokładnie obejmującego serce, krew bez przeszkody mogłaby wylewać się z prawej komory. Czemprędzej wówczas wyszukałem palcem ranę na sercu i przycisnąłem ją; czułem przytem, że koniec mego palca wpukla się między cienkimi brzegami rany do jamy komory. Jednocześnie lewą ręką ująłem z pomocą szczypczyków Kochera brzeg rany i przyciągnąłem niemi serce bliżej ku powierzchni skóry. Od mocnego napięcia rana serca zamyka się i tylko podczas skurczu wyrzuca niedużą stosunkowo falę kr.vi.

Trzymając przeto szczypczykami serce w ciągłem napięciu, przestałem zaciskać ranę palcem i zacząłem ją zszywać węzełkowymi szwami jedwabnymi, struny bowiem nie miałem pod ręką. Po zawiązaniu czterech szwów krwawienie ustało. Puściłem wówczas serce i wygarnąłem pozostałe skrzepy z osierdzia.

W czasie tej czynności kol. Kalinowski spostrzegł drugą nieznacznie krwawiącą ranę na 1 — 2 ctm. nad poprzednią również na prawej komorze. Nałożyłem na nią jeszcze jeden szew i krwawienie zupełnie ustało; jednocześnie niemal ruchy serca stały się energiczniejsze i chory zaczął odzyskiwać przytomność, stękać od bólu i kilka razy zawołał, by go puszczono. Pozostała część operacyi mogła być wykonana już bez takiego pośpiechu, jak pierwsza.

Mając na widoku, że w dwóch operowanych dawniej przezemnie przypadkach z zejściem niepomyślnem nie było zrostu serca z osierdziem w okolicy rany, a w trzecim pomyślnym był ten zrost, postanowiłem uprzedzić pod tym względem naturę i obszyć (obramować) odrazu miejsce zranienia serca osierdziem, jak to czynimy w operacyach w jamie brzusznej, obszywając pole operacyjne siecią albo otrzewną ścienną.

W tym celu w górnej części cięcia chirurgicznego w osierdziu ponad raną serca wkłuwałem igłę nasamprzód w lewy brzeg osierdzia, następnie w serce i w prawy brzeg osierdzia i zawiązywałem; na wysokości rany przyszyłem paroma szwami lewy brzeg osierdzia do serca w lewo od rany, a prawy brzeg osierdzia do serca w prawo od rany serca; nakoniec pod raną serca postąpiłem tak samo, jak w początku obszywania powyżej rany. W ten sposób całe pole operacyjne na sercu zostało dookoła obramowane osierdziem, czyli pozostało nazewnątrz jamy osierdzia (extraperikardjalnie); jama osierdzia była zabezpieczona od następnego zakażenia z miejsca zeszycia, a nitkom zapewniono drogę do wydzielenia się i w tym celu wszystkie szwy pozostały z długimi końcami.

Po ukończeniu tej czynności okazało się, że w zewnętrznym dolnym rogu pola operacyjnego opłucna wciąga powietrze przez widoczny otwór i przez ten otwór od czasu do czasu wypada kawałeczek płuca. Dla zamknięcia tego otworu nałożyłem na opłucną w tem miejscu parę szwów, ujmując jednocześnie igłą wypadające chwilami płuco, a to w tym celu, by ono od wewnątrz zatykało miejsce rozdarte w opłucnej. Pomimo tego jednak chwilami powietrze wciągało się do opłucnej przez niewidzialny otworek.

Aby dokładniej zamknąć istniejący w tym miejscu a niewidzialny otwór w opłucnej, zeszyłem dolną część osierdzia ze skórą w dolnej części pola operacyjnego; linia szwu tego mocno ścisnęła tę okolicę, gdzie syczało powietrze, wciągane do opłucnej i powietrze przestało przedostawać się do opłucnej, szmer ustał. Zeszyta ze skórą dolna część osierdzia miała wygląd lejka, w głębi którego widać było serce.

Wówczas włożyłem pod serce dosyć duże dwa paski gazy jodoformowej, których końce wystawały w wylocie lejka.

Następnie zeszyłem skórę, pozostawiając otwory, jeden w dole dla pasków gazy, gdzie skóra była zeszyta z osierdziem, a drugi w górze pola operacyjnego na miejscu obszycia ran serca osierdziem.

Operacya była skończona; zaraz po operacyi tętno było wyraźne około 100 na minutę.

Kończąc operacyę, spojrzeliśmy na chorego i obaj zostaliśmy zdumieni zmianą jego wyglądu, mieliśmy przed sobą zupełnie innego człowieka. Twarz i szyja jego były o połowę grubsze, niż przed operacyą, kolor skóry na twarzy i szyi był sino-czerwony, oczy wyłupiaste, wargi grube. Zdziwienie nasze skończyło się zaraz po dotknięciu tych okolic skóry palcem: mieliśmy do czynienia z ogromną odmą podskórną szyi i twarzy. Ponieważ jednak w dalszym ciągu opłucna powietrze nie wciągała, byłem tego zdania, że pod skórę dostało się to powietrze, które przedtem wciągnęła opłucna, względnie śródpiersie, i że odma ta nie będzie powiększać się. Dla pewności opatrunek przykryłem ceratką, dobrze do skóry przylegającą, poczem zaniesiono chorego na łóżko.

Operacya trwała 30 minut.

W trzech poprzednio operowanych przezemnie przypadkach ran serca operacya była robiona pod chloroformem, mogłem przeto ocenić, jak jest lepiej operować, w uśpieniu, czy bez, i przyszedłem do przekonania, że o wiele lepiej jest operować bez uśpienia.

W operacyach na sercu jest ogromnie ważną rzeczą — szybkość oddychania i im wolniej chory oddycha, tem łatwiej jest operować i odwrotnie, tem trudniej, im szybszy jest oddech, szczególniej wobec otwartej opłucnej. Wszystkie części pola operacyjnego w przebiegu tej operacyi są w ruchu dla siebie właściwym i klatka piersiowa podnosi się i opada, serce skręca się około własnej osi oraz podnosi się i opada zależnie od ruchów przepony, płuco w czasie oddechu wypada chwilami poprzez ranę opłucnej, w której wskutek ciągłych zmian ciśnienia kłębi się i pryska krew i piana.

W tych warunkach wobec zwykłej nawet w narkozie szybkości oddechu trudno dobrze orientować się w tkankach. Tymczasem chory bez uśpienia nadyma się, jak podczas parcia; w momencie tego nadymania się oddech zatrzymuje się, co daje nam możność orientowania się i łatwiejszego operowania w tych chwilach spokoju przepony, klatki i płuca.

Oprócz tego wskutek nadęcia się płuco przezwycięża ci-

śnienie atmosferyczne, rozciąga się, wypędza z opłucnej powietrze i daje się złapać igłą, uwidoczniając się swoim jasnoróżowym kolorem w ranach opłucnej, oraz uwidoczniając także w ten sposób same rany opłucnej. Dzięki temu nadymaniu się płuco *nie ulega spadnięciu się,* jak to miewa miejsce zawsze w uśpieniu po otwarciu opłucnej.

Przebieg pooperacyjny był w tym przypadku nadspodziewanie pomyślny; chory nie narzekał ani na bóle, ani na duszność i wcale nie kaszlał. Ani razu nie było jakichkolwiek objawów ze strony płuc lub opłucnej. Tętno w pierwszych dniach było sto, a od 17/VI 96 w pozycyi leżącej, oddechów było 24 na minutę.

Apetyt zaczął zjawiać się już w 2 dni po operacyi.

Wogóle chory ten przez cały okres pooperacyjny nie robił wrażenia ciężko chorego.

Ciepłota była:

7 VI	36,2 — 37,2	20 VI	36,6 — 37,2	3 VII	36,8 — 37,3
8 „	36,4 — 37,4	21 „	37,0 — 36,8	4 „	37,0 — 36,8
9 „	37,4 — 38,0	22 „	36,8 — 37,0	5 „	36,7 — 36,7
10 „	37,0 — 37,6	23 „	36,6 — 36,6	6 „	36,6 — 36,8
11 „	36,8 — 37,2	24 „	36,7 — 37,0	7 „	36,6 — 36,8
12 „	36,6 — 36,6	25 „	36,6 — 36,8	8 „	36,6 — 37,0
13 „	36,8 — 36,8	26 „	36,6 — 36,8	9 „	37,0 — 37,0
14 „	36,7 — 37,6	27 „	36,5 — 37,0	10 „	36,6 — 37,0
15 „	36,8 — 37,4	28 „	37,0 — 36,6	11 „	36,7 — 37,0
16 „	36,5 — 37,0	29 „	36,2 — 37,0	12 „	37,0 — 37,0
17 „	37,0 — 37,0	30 „	36,6 — 36,7	13 „	37,0 — 37,0
18 „	37,0 — 36,8	1 VII	36,7 — 36,8	14 „	36,8 — 37,0
19 „	36,2 — 37,5	2 „	36,5 — 37,3	15 „	36,8.

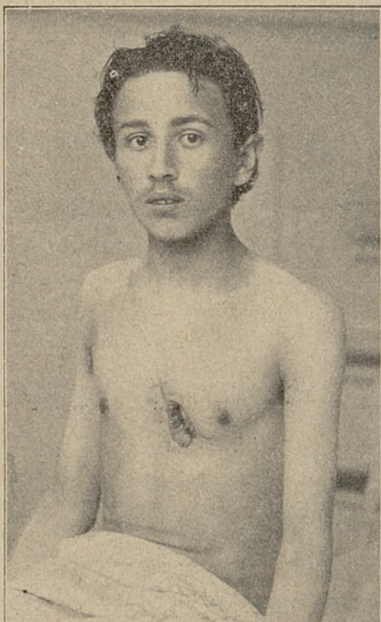
Odma podskórna znikla w 4 dni po operacyi, apetyt wzrastał z każdym dniem i chory wkrótce zaczął tyć.

Pierwszy opatrunek zrobiono powierzchowny 3-go dnia po operacyi; następne robiłem co 3—5 dni; zdejmowałem stopniowo szwy powierzchowne i głębokie.

Po pięciu dniach próbowałem wyciągnąć gazę z pod serca, ale to mi nie udało się. Próby te powtarzałem następnie co kilka dni i zawsze bez skutku, tampony te siedziały tak mocno, że nie mogłem ich wyciągnąć ani w 3-im, ani w 4-ym, ani w 5-ym tygodniu po operacyi, przy każdej zaś próbie ciągnąłem je z taką siłą, że gaza rozrywała się, serce poddawało się ku przodowi, a tampon ani odrobinę nie wysuwał się nazewnątrz. Załączona fotografia zrobiona była, kiedy tampony jeszcze nie były wyjęte.

Dopiero w 6-ym tygodniu po operacyi wziąłem chorego na stół operacyjny z zamiarem rozszerzenia kanału dla wyciągnięcia gazy. Tym razem jednak z bardzo wielkim wysiłkiem udało się oba tampony wyciągnąć bez operacyi.

Usunięcie gazy żadnego wpływu na stan chorego nie miało, chory chodził i czuł się tak samo, jak przedtem. Dla spostrzegania trzymałem chorego do 5/IX-1908 i wypisałem go z małą przetoką, która w parę tygodni zupełnie zagoiła się. Chory obecnie t. j. w listopadzie i grudniu czuje się zupełnie zdrowym, robi pieszo duże kursy bez zmęczenia i duszności, po wejściu jednak na III piętro tętno ma 120 na minutę. Tony serca zupełnie czyste i silne. Skóra na miejscu wyciętych żeber i części mostka tworzy



zagłębienie, w które swobodnie chowa się koniec palca; skóra w tem miejscu, zdaje się, jest zrośnięta z sercem; zrost jednak ten bynajmniej nie krępuje skurczów serca, ponieważ skurcze te tylko bardzo nieznacznie uruchomiają w tem miejscu skórę.

Przypadek powyższy operowałem według własnego sposobu, który może być nazwany sposobem zewnątrzopłucnowym i zewnątrzosierdziowym, ponieważ dąży do odgraniczenia pola operacyjnego od jamy osierdzia i opłucnej.

Zakażenie osierdzia i opłucnej z następującem potem zapaleniem ropnem osierdzia i opłucnej jest zwykłą przyczyną śmierci po zaszyciu ran serca. Przeto unikanie tych jam surowiczych i odgraniczanie od nich pola operacyjnego równa się unikaniu przyczyny śmierci.

Sposób mój składa się z następujących momentów:

1) cięcie skórne do kości w linii środkowej mostka od wysokości górnego brzegu 3-go żebra idzie na dół do wysokości 5 żebra i skręca na lewo na 5 żebro, zachodząc na nie na 3 — 4 ctm.;

2) Przez cięcie na 5 lewem żebrze wycina się 3 — 4 ctm. chrząstki tego żebra i przecina się powięź wewnątrzpiersiową (fascia endothoracica) w zagłębieniu po wyciętej chrząstce wzdłuż do mostka (uważnie w zewnętrznym końcu, aby nie zranić opłucnej);

3) Przez otwór po wyciętej chrząstce i rozciętej powięzi wchodzi się palcem wskazującym do jamy klatki piersiowej, nie pokrytej tu opłucną, i odluszcza się od mostka luźną tkankę przedniego śródpiersia razem z osierdziem, oraz przy prawym brzegu mostka brzeg prawej opłucnej (b. delikatnie) i brzeg lewej opłucnej od 4-go i 3-go lewego żebra na przestrzeni 3 — 4 ctm. od mostka.

4) wycięcie oddzielonych części kostnych t. j. lewej połowy mostka od wysokości 3-go do 5 żebra oraz 2—3 ctm. 3-go i 4-go żebra lewego;

5) znalezienie palcem rany w osierdziu i rozcięcie tegoż w kierunku osi serca t. j. w górę i trochę na prawo i nadół i trochę na lewo;

6) po ujęciu kleszczykami Kochera brzegów rozciętego osierdzia zatyka się palcem wskazującym prawej ręki ranę w sercu, ujmuje się kleszczykami Kochera brzeg tej rany lewą ręką i możliwie przyciąga się serce ku powierzchni rany;

7) nałożenie szwów na ranę serca, która mało krwawi dzięki napięciu jej brzegów kleszczykami;

8) wygarnięcie reszty skrzepów z osierdzia i zaszycie otworów w opłucnej, o ile się znajdą, ewentualnie łapiąc igłą pokazujące się w tych otworach płuco;

9) obszycie osierdziem zaszytej rany serca;

10) zaszycie pozostałej części osierdzia albo zeszycie dolnej jego części ze skórą i włożenie paska gazy *pod* serce;

11) skórę zaszywa się na całej linii cięcia oprócz miejsca nad raną serca, obszytego osierdziem, oraz dolnej części rany w razie wprowadzenia sączka pod serce.

Opatrunek przykrywa się ceratką, szczelnie przylegającą do skóry, aby zapobiedz wciąganiu powietrza.

3-go maja r. b. zszyłem serce po raz piąty.

A. M. w wieku 48 lat został tego dnia napadnięty i dwukrotnie przebity nożem. Po przywiezieniu do szpitala przez Pogotowie stan jego był podobny do konania. Chory ten był zupełnie nieprzytomny, oczy miał zupełnie zamknięte, źrenice umiarkowanie i równomiernie rozszerzone, słabo oddziaływające, skórę zimną i bladą, usta sinawe. W żadnej tętnicy promieniowej, ani udowej, ani kol. Kalinowski, lekarz miejscowy, ani ja wyczuć tętna nie mogliśmy zupełnie. Jednak tony serca, chociaż z trudnością, można było wysłuchać. Chory oddychał, nadymając się podczas wydechu, i od czasu do czasu gwałtownie poruszał nogami. Na pytania nie odpowiadał wcale.

Pod 3-em lewem żebrem tuż przy mostku była poprzeczna cięta rana około 3 ctm. długości, chwilami obficie krwawiąca. W lewej połowie klatki piersiowej odgłos wypukowy był bębenkowy. Rozpoznanie nie ulegało wątpliwości: mieliśmy do czynienia z raną serca, powikłaną otwarciem lewej opłucnej. Druga nieduża rana była w okolicy lewego barku.

Operacya była dokonana bez uśpienia w pół godziny po przywiezieniu chorego z łaskawą pomocą kolegów Jankowskiego i Kalinowskiego, po dokładnem wymyciu chorego i wlaniu mu pod skórę litra fizyologicznego roztworu soli.

Wszystkie cięcia wykonałem według wyżej podanego sposobu. Kiedy jednak doszedłem do serca, odrazu uwagę moją zwróciły bardzo słabe ruchy serca oraz brak większej ilości krwi w osierdziu i zupełny brak w niem skrzepów.

Kiedy zaś, ująwszy brzeg rany serca, nałożyłem na nią drugi szew, chory przestał oddychać i ruchy serca zamarły. Mięsienie serca zdołało wywołać zaledwie parę bardzo słabych skurczów.

Stwierdziwszy zejście śmiertelne, zbadałem już bez pośpiechu stan rany serca. Miała ona 4 ctm. długości i kierunek od dołu i z lewa na prawo i do góry. Połowa dolna jej przechodziła przez górną część prawej komory a druga przez ścianę prawego przedsionka. Wobec tak znacznych jej rozmiarów zacząłem szukać w tylnej ścianie serca drugiej rany, nic jednak wyszukać nie mogłem; dopiero na drugi dzień sekcya sądowa wykazała, że i ściana przeciwległa prawego przedsionka miała ranę około 2 ctm. długości.

Przypadek ten dowodzi wielkiej trudności w wyszukiwaniu ran, na tylnej ścianie serca położonych, oraz konieczności szukania ich w przypadku większych ran serca.

O LECZENIU PRZEPUKLIN PACHWINOWYCH WRODZONYCH U DZIECI.

podał

LUDWIK ZEMBRZUSKI

crdynator Szpitala Dziecinnego w Warszawie.

Pod nazwą przepukliny pachwinowej *wrodzonej* pojmujemy tego rodzaju przepuklinę, w której wyrostek pochwowy, będąc całkowicie lub częściowo niezarośnięty, stanowi właściwy worek przepuklinowy.

U kobiet, wzgl. dziewczynek, istnieje niekiedy t. zw. kanał Nucka, dość ściśle związany w przebiegu swym z więzadłem obłem macicy, a będący w istocie swej niezamkniętem wydłużeniem otrzewnej, analogicznem do wyrostka pochwowego u płci męzkiej. Ztąd wynika, że tę samą rolę, którą u mężczyzn w przepuklinach wrodzonych odgrywa wyrostek pochwowy, u kobiet spełnia kanał Nucka. Ze względu na nader proste stosunki anatomiczne w przypadkach przepuklin pachwinowych wrodzonych u kobiet, nie będę dłużej zatrzymywał się nad nimi, zaznaczę tylko, że zawartość ich bywa najróżnorodniejsza zarówno w wieku dziecięcym jak dojrzałym; a zatem, prócz jelit wogóle, a w szczególności prócz kątnicy i wyrostka robaczkowego, spotykano w worku przepuklinowym jajniki, jajowody, macicę, wreszcie— pęcherz moczowy.

Co się zaś tyczy przepuklin wrodzonych pachwinowych u osobników płci męzkiej, to ze względu na ich złożoność pod względem stosunków anatomicznych należy poświęcić im nieco więcej miejsca. Stosownie do tego, czy wyrostek pochwowy jest otwarty na całej przestrzeni, czy tylko w górnym swym odcinku, przepuklina może być albo „całkowitą—jądrową“,—co oznacza, że jądro znajduje się w bezpośredniej styczności z jelitem, wzgl. z zawartością przepukliny, albo też „częściową—powrózkową“. W tym ostatnim przypadku jelito mieści się w do-

środkowej otwartej części wyrostka pochwowego, a zatem przepuklina jest oddzielona od jądra zarośniętą częścią wyrostka pochwowego, jądro zaś wyczuwa się oddzielnie od worka przepuklinowego, zewnątrz tego ostatniego. Prócz tych dwóch najczęściej spotykanych odmian przepukliny pachwinowej wrodzonej u mężczyzn odróżnić należy jeczcze postać, zależną od istnienia jednocześnie t. zw. wnętrostwa (cryptorchismus), które, jak wiadomo, szczególnie usposabia w niektórych razach do powstawania przepuklin.

Zawartość przepuklin wrodzonych u płci męzkiej jest też bardzo różnorodna i nawiasem dodam, że co się tyczy wogóle dzieci, to rzadkiem stosunkowo zjawiskiem w worku przepuklinowym jest sieć. Osobiście spostrzegałem ją 2 razy tylko: u 4-letniego i u 11-letniego chłopca. Prócz tej ostatniej różnicy, zależnej od wieku, i nie mającej zresztą ważniejszego znaczenia, przepukliny pachwinowe wrodzone okresu dziecięcego posiadają pewne właściwości, które szczególnie utrudniają postępowanie podczas operacyi doszczętnych.

Do właściwości tych odnoszę przedewszystkiem u dzieci małych nadzwyczajną cienkość i delikatność worka przepuklinowego, wzg. wyrostka pochwowego. Powtóre, w wielu przypadkach u małych chłopców spostrzegałem liczne, obfite i grube naczynia powrózka nasiennego, szczególnie sploty żylne, przytem nie skupione w jednem miejscu, a przeciwnie, przebiegające oddzielnemi pasmami podłużnemi w różnych punktach na obwodzie worka przepuklinowego i ściśle z nim połączone. Oddzielanie tych naczyń jest niezmiernie mozolne, jeśli ma być wykonane bez uszkodzenia delikatnej ściany worka, i połączone bywa niekiedy z krwawieniem obfitem, co stanowi powikłanie operacyi b. niepożądane.

Czy podobne zjawisko zdarza się w przypadkach przepuklin wrodzonych u dorosłych i jak często, określić nie mogę z powodu braku osobistego doświadczenia. Należało by przypuszczać, że prawdopodobnie z wiekiem, po ukończeniu się rozwoju płciowego, niektóre z owych licznych naczyń krwionośnych ulegają całkowitemu lub częściowemu zanikowi. Z drugiej strony jednak muszę zauważyć, że w paru stosunkowo nielicznych przypadkach przepuklin wrodzonych u dorosłych mężczyzn, które miałem możność spostrzegać podczas operacyi, zwracał na się

uwagę powrózek nasienny swoją szerokością i grubością, zależną od obfitych i rozwiniętych naczyń krwionośnych.

Natomiast nader rzadkie zjawisko w wieku dziecięcym stanowi uwięznienie przepukliny pachwinowej, wymagające zabiegu operacyjnego. Zdarzyło mi się wprawdzie spostrzegać kilkakrotnie u dzieci małych uwięznienie przepukliny, lecz za każdym razem pod wpływem kąpieli lub okładów rozgrzewających uwięznienie ustępowało z łatwością.

Raz jeden zmuszony byłem jednakowoż przystąpić do zabiegu operacyjnego z powodu uwięznienia przepukliny pachwinowej u 3-letniego dziecka płci męzkiej. W przypadku tym uwięznienie trwało 12 godzin. Zanim przystąpimy do właściwego tematu, t. j., do leczenia przepuklin pachwinowych wrodzonych u dzieci, należy zaznaczyć jeszcze co następuje.

Gdy mowa o przepuklinach wrodzonych, to wcale ta ostatnia nazwa nie dowodzi, by przepuklina, jako taka, miala być spostrzegana w chwili urodzenia się osobnika.

Przeciwnie, zwykle zauważyć się ona daje później, t. j. po upływie dni, tygodni, miesięcy a nawet lat. Zdarza się bowiem, że przepuklina wrodzona pachwinowa powstaje bądź stopniowo, bądź nagle, np. po znacznym wysiłku fizycznym u osobnika dorosłego, dzięki właśnie istnieniu niezupełnie zarosniętego lub zlekka sklejonego wyrostka pochwowego. Szereg przypadków powstania przepuklin w sposób powyższy u dorosłych opisał Hansen.

Otóż jedynie ta ostatnia okoliczność, t. j. niezarośnięty wyrostek pochwowy, do którego wpukla się jelito, sieć i t. p., decyduje o nazwie przepukliny. Dla tego też może być mowa o przepuklinach wrodzonych pachwinowych zarówno u dorosłych, jak i u dzieci, z tą różnicą, że przepukliny wieku dziecięcego bywają prawie wyłącznie wrodzone.

Leczenie przepuklin pachwinowych wrodzonych u dzieci może być zachowawcze i operacyjne. Do sposobów zachowawczych należy odnieść stosowanie pasków przepuklinowych oraz wstrzykiwanie w okolicę wrót przepuklinowych takich płynów, jak wyskok, chlorek cynku i t. p., a mających na celu zmniejszenie pierścienia zewnętrznego kanalu pachwinowego przez rozwój tkanki łącznej na drodze zapalnej.

Osobiście nie mam zaufania do wszelkiego rodzaju pasków przepuklinowych u dzieci i wogóle mało wierzę w ich celowość. Nie przeczę, że w tym lub owym przypadku, szczególnie w razie przepukliny niewielkiej, tą drogą otrzymuje się pomyślny wynik, ale czy trwały? Czy w istocie noszenie paska jest w stanie wywołać zawsze mocne zarośnięcie wyrostka pochwowego oraz zwężenie kanału pachwinowego? I czy nawet po upływie wielu lat w odpowiednich warunkach nieprzyjaznych (wysiłki fizyczne, wzmożone ciśnienie wewnątrzbrzuszne i t. d.) zrost ów jest w stanie wytrzymać napór jelit i nie dopuścić do powstania przepukliny? Istnieją spostrzeżenia, że z łatwością tworzy się przepuklina pachwinowa o typie „wrodzonej" u osobników dorosłych, pozornie wyleczonych paskiem w dzieciństwie. Nietrudno jest to zrozumieć, jeśli uprzytomnimy sobie, że w chwili wytwarzania się przepukliny u takiego osobnika istnieją pewne warunki anatomiczne gotowe, jako to: szerokość w mniejszym lub większym stopniu pierścienia zewnętrznego oraz samego kanału pachwinowego, wiotkość odnóg (crura), a co najważniejsza, istniejący już, a tylko sklejony worek. Oczywiście, że w tych okolicznościach powstać może dość łatwo przepuklina zarówno o typie wrodzonym w razie czy to częściowego, czy całkowitego niedość mocnego zarośnięcia wyrostka pochwowego, jako też przepuklina nabyta, jeśli wyrostek w istocie uległ zupełnej i trwałej obliteracyi, lecz pozostała pewna szerokość i wiotkość kanału pachwinowego.

Nie ulega pozatem wątpliwości, że tem trudniej następuje zarośnięcie wyrostka pochwowego i zwężenie kanału pachwinowego pod wpływem pasków, im większa jest przepuklina i im starsze jest dziecko, t. j. bardziej oddalone od fizjologicznego okresu samoistnego zarastania wyrostka pochwowego.

Ztąd wniosek, że należałoby stosować paski jaknajwcześniej z chwilą, gdy tylko zauważono u dziecka przepuklinę, a zatem przedewszystkiem u tych dzieci, u których przepuklina zjawia się w pierwszych dniach lub tygodniach życia. Tutaj jednak z praktycznego punktu widzenia stosowanie paska natrafia na ogromne trudności. Pomijając przepukliny nader wielkie, nie tak znów rzadko spotykane u dzieci, kiedy zreponowanie i utrzymanie zawartości przepuklinowej za pomocą paska jest wprost niewykonalne, ale nawet i w przepuklinach rozmiarów niewielkich

paski przedstawiają wiele niedogodności. Przedewszystkiem, u małych dzieci utrzymanie paska na właściwem miejscu jest niezmiernie trudne, i wymaga ze strony otoczenia stałego i troskliwego pilnowania. Dzieci małe bowiem same zsuwają często poduszeczkę paskową czy to kręcąc się wiele, czy wprost spychając ją rączkami. Z drugiej strony potrzeba częstego przewijania, obmywania, kąpania i t. d. tych maleńkich osobników również nie dopomaga bynajmniej do dokładnego utrzymania paska na miejscu. Oczywiście więc, że działanie tego ostatniego w takich warunkach staje się niekiedy wprost illuzorycznem.

Po-wtóre, jeśli działanie paska ma mieć istotną wartość, to oczywiście dziecko nie powinno rozstawać się z nim ani we dnie, ani w nocy, czyli nosić go na sobie stale. To znów wymaga nieprzerwanego i b. misternego pielęgnowania miejsca skóry, uciskanego przez poduszeczkę. Wobec częstego zanieczyszczania się małych dzieci pod paskiem łatwo tworzy się pryszczyca, a u delikatniejszych osobników nawet odleżyny; sam pasek natomiast a głównie poduszeczka nasiąka moczem, mięknie i psuje się wkrótce bez względu na materyał, z jakiego próbowano robić paski i poduszeczki. W domu zamożniejszym, inteligentnym powyższe niedogodności mogą być zwalczone czy to przez nader troskliwe pielęgnowanie skóry dziecka, czy to przez używanie na zmianę paru pasków, w rodzinach jednak ubogich, gdzie, mówiąc nawiasem, przepukliny u dzieci spotykają się częściej, niedogodności pasków występują w całej okazałości.

Osobiście jestem przeciwnikiem stosowania u małych dzieci pasków przepuklinowych pachwinowych, dopóki nie nauczą się one porządku pod względem oddawania moczu i kału. Nawet i wówczas niechętnie polecam stosowanie paska i czynię to jedynie na natarczywe żądanie rodziców, nie chcących zdecydować się na zabieg doszczętny. Uważam bowiem, że od chwili nastania okresu w życiu dziecka, kiedy staje się ono „porządniejszem“, czyli mniej więcej po ukończeniu $1\frac{1}{2}$ — 2 lat życia, zabieg operacyjny jest w zupełności możliwy i usprawiedliwiony. Zdaniem Kirmisson'a, po upływie 2-ch lat trwania przepukliny u dziecka nie można już liczyć na dodatni wynik leczenia za pomocą paska.

U dzieci wątłych, ze złem odżywianiem, oczywiście odłożyć

należy zabieg operacyjny do wieku nieco późniejszego, tymczasem zaś zamiast paska polecam zwykle dobre odżywianie i pielęgnowanie dziecka pod względem hygienicznym, regulowanie wypróżnień, unikanie wpływów szkodliwych, sprowadzających choroby wieku dziecięcego, połączone z kaszlem i t. p. Natomiast nie waham się przystępować do operacyi bez względu na wiek dziecka w przypadkach przepuklin trwale uwięzionych, dalej w przypadkach przepuklin t. zw. nadwielkich, częstokroć nieodprowadzalnych, wskutek zrostu jelit, szczególnie kątnicy ze ścianą worka. Samo się przez się rozumie, że w ostatniej kategoryi przepuklin pasek nie tylko nie ma najmniejszego znaczenia leczniczego, lecz jest on wprost szkodliwy. Wreszcie, przeciwwskazane jest również stosowanie paska w przypadkach przepuklin, połączonych z wnętrostwem pachwinowem.

Następny sposób leczenia przepuklin pachwinowych na drodze zachowawczej, a mianowicie wstrzykiwanie w okolicę wrót wyskoku lub innych płynów drażniących, nie znalazł zwolenników. W istocie, sposób powyższy posiada dwie strony b. ujemne: 1) leczenie trwa b. długo i wymaga ze strony pacyentów spokojnego zachowywania się, co niepodobna osiągnąć u dzieci, szczególnie małych, 2) w miejscu wstrzyknięć spostrzegano niejednokrotnie ropnie i zgorzel tkanek.

Osobiście nie stosowałem tej metody w żadnym przypadku.

Leczenie doszczętne, dające wyniki najpewniejsze i najtrwalsze, jest to leczenie operacyjne. Szczególnie w wieku dziecięcym, kiedy istnieją na ogół warunki, sprzyjające prędszemu i łatwiejszemu zrastaniu się i zabliźnianiu tkanek, zabieg chirurgiczny jest zadaniem wdzięczniejszem, dającem znacznie lepsze wyniki, aniżeli to ma miejsce u osobników dorosłych.

Liczne, złożone metody operacyi doszczętnych przepuklin, zalecane i stosowane w wieku dojrzałym, są w znacznej części zbyteczne w wykonywaniu operacyi u dzieci.

Doszedłem do przekonania, że im prostszy, im mniej powikłany jest sposób operowania doszczętnego przepuklin u dzieci, tem bardziej uzasadniony jest sam zabieg i tem pewniejszy wynik. Wychodząc z tego punktu widzenia, oraz na zasadzie własnego doświadczenia poczytuję za najodpowiedniejsze sposoby operowania następujące.

1. Najprostszym typem zabiegu, stosowanego u dzieci płci

męzkiej w przypadkach przepuklin pachwinowych jest sposób polegający na tem, że po cięciu powłok brzusnych i po dojściu do worka przepuklinowego, oddziela się od tego ostatniego części składowe powrózka nasiennego u pierścienia zewnętrznego kanału pachwinowego; następnie, po odprowadzeniu zawartości, nakłada się przewiązkę możliwie wysoko na worek i pozostawia ten ostatni w całości na miejscu.

Drobnik przecinał pozostałą część worka poniżej przewiązki, co też i ja zwykle czynię, operując sposobem powyższym. W końcu nakłada się 1—2 szwy na odnogi (crura), oraz zaszywa powięź i skórę.

Zabieg ten polecany bywa u maleńkich dzieci, do lat 2-ch, z przepuklinami niewielkiemi, jako najmniej narażający na uraz operacyjny tkanki, odznaczające się delikatnością. Sposób ten jednak nie zawsze jest łatwy ze względu na oddzielanie powrózka nasiennego od b. cienkiego worka. Z drugiej strony, pozostawiając poniżej przewiązki cały dolny odcinek wyrostka pochwowego, nie zawsze liczyć można na zupełne jego zarośnięcie. Przeciwnie, nie wyłączona jest nawet możliwość wytworzenia się w pozostawionym odcinku worka wodniaka (hydrocoele), wymagającego z czasem zabiegów specyalnych. W celu uniknięcia tego powikłania korzystnem jest stosować mały zabieg, proponowany przez Jaboulay'a, a polegający na wynicowaniu jądra z wyrostka pochwowego, o czem zresztą będzie mowa poniżej.

2. Drugi sposób, częściej stosowany zarówno u młodszych, jak i u starszych wiekiem dzieci, zasadza się na oddzieleniu worka od powrózka nasiennego na całej przestrzeni t. j. od wrót przepuklinowych aż do jądra, poczem po podwiązaniu worka przecina się ostatni poniżej przewiązki. Dalej postępuje się z odśrodkowym odcinkiem wyrostka pochwowego rozmaicie i zależnie od tego, czy przepuklina jest powrózkowa, czy jądrowa.

W pierwszym przypadku odcinek dolny worka daje się zwykle oddzielić względnie łatwo i całkowicie od powrózka nasiennego, a zatem może też być usunięty zupełnie.

W drugim wypadku, t. j. wrazie przepukliny jądrowej, oddzielenie pozostałej części worka od jądra jest prawie niemożliwe bez uszkodzenia powierzchownych warstw tego ostatniego narządu, i postępowanie nasze z konieczności musi być nieco od-

mienne. Podług wskazówek Kirmisson'a wspomniany odcinek dolny worka należy odciąć poprzecznie nieco powyżej jądra i resztę pozostawić na miejscu, a ewentualnie brzegi połączyć kilkoma szwami, by w ten sposób odtworzyć niejako otoczkę jądra, jako naturalną osłonę tego ostatniego. W większości własnych przypadków, operowanych tym sposobem, postępowałem analogicznie, dodawszy w paru razach wynicowanie jądra: wywrócone zaś brzegi worka utrwaliłem w nowem położeniu paroma szwami. Po takiem wynicowaniu spostrzegałem zwykle wysięk w mosznie wokoło jądra, co trwało niekiedy 2 — 3 tygodnie, a nawet dłużej. Że opisana powyżej odmiana z wynicowaniem uchronić może od wodniaka w następstwie, zdaje się nie ulegać wątpliwości. Z drugiej strony, jednak, nie posiadam ściślejszych danych, jak często spostrzegano wodniaki w tych przypadkach, w których nie uciekano się do wynicowania jądra. Z moich przypadków, które operowałem podług metody powyższej bez wynicowania, w żadnym nie zwrócono się do mnie dotychczas z powodu wodniaka następnego.

Co się tyczy zaszywania pierścienia zewnętrznego kanalu pachwinowego, to postępowanie może być tutaj różnego rodzaju. Albo można zeszyć odnogi sposobem Czerny'go, albo wykonać zabieg sposobem Bassini'go. Inne, bardziej powikłane sposoby, jak np. Kocher'a i wiele innych, opisywanych w ostatnich czasach, są zbyteczne, powyżej zaś przytoczone dotychczas uważam za wystarczające i prowadzące do celu. Wspomnę tylko, że sposób Bassini'go wskazany jest u chłopców starszych, a szczególnie wobec pewnej wiotkości powłok brzusznych i wobec większej szerokości pierścienia pachwinowego.

Wogóle zaś, przystępując do zamknięcia pierścienia kanału tym lub innym sposobem, należy pamiętać, ażeby oddzielając czy to odnogi, czy w szczególności wiąz Poupart'a, czy mięśnie nie obnażać tych tkanek zbyt skrupulatnie i doszczętnie, utrudnia to bowiem zrastanie w następstwie. Najtrudniejszy akt w przebiegu operacyi przepuklin pachwinowych u dzieci stanowi oddzielenie części składowych powrózka nasiennego od worka. Ten ostatni bywa niekiedy tak cienki i tak ściśle złączony z powrózkiem, że oddzielenie tego ostatniego stanowi zabieg nader trudny, mozolny i narażający na uszkodzenie bądź ściany worka, bądź nasieniowodu, bądź naczyń krwionośnych. Dla tego też

w niektórych przypadkach próbowałem zastosować sposób Anschütz'a i Jaboulay'a, polegający na następującem. Po dojściu do wyrostka pochwowego nie oddziela się od niego powrózka nasiennego, a natomiast możliwie wysoko, w kanale pachwinowym, przecina się podłużnie przednią ścianę worka, poczem nieco wyżej górnego końca cięcia za pomocą mocno zakrzywionej igły nakłada się szew kapciuchowy, szyjąc od wewnętrznej powierzchni worka. Kładąc szew ten, należy oczywiście unikać schwytania naczyń sznurka lub nasieniowodu, co przy pewnej uwadze i ostrożności oraz dobrej pomocy jest wykonalne.

Ponieważ przez cienkie ściany worka przeświecają naczynia, zatem teoretycznie wydaje się łatwem chwytanie w szew tylko otrzewny, a omijanie składowych części powrózka nasiennego. W wykonaniu jednakowoż przekonałem się w kilku przypadkach, że rękoczyn ten wcale łatwy nie jest. Albo w szew bierze się zbyt cienką warstwę wewnętrznej powierzchni worka i przy zaciąganiu szwu ten ostatni przerywa tkankę, albo walczy się znów z pewną obawą schwycenia w przewiązkę tętnicy, nasieniowodu i t. p.

Nie przeczę jednak, że posiadając pewną wprawę, w odpowiednich przypadkach, t. j. u starszych dzieci i przy grubszych nieco workach, zabieg powyżej opisany nie jest pozbawiony wielu stron dodatnich. Dalszy ciąg zabiegu jest już zupełnie prosty i polega na tem, że przez otwór podłużny w worku wynicowywa się jądro, poczem wywrócone brzegi otworu łączy się kilkoma szwami. W ten sposób cały worek pozostaje na miejscu. Odnogi zaszywa się nad workiem spos. Czerny'go, lub operuje spos. Bassini'go. Zdawało by się, że w celu ominięcia trudności, nastręczających się w oddzielaniu worka przepuklinowego od powrózka, szczególnie gdy ten podzielony jest na części i rozrzócony, najprostszym i najbardziej celowym sposobem powinna być metoda Sławińskiego. Nic bowiem łatwiejszego, jak oddzielić jedynie nasieniowód, a naczynia powrózka przewiązać wraz z workiem. O ile jednak sposób ten ma swe uzasadnienie i usprawiedliwienie w wieku dojrzałości płciowej, o tyle wahałbym się stosować go w wieku dziecięcym, kiedy chodzi o zapewnienie jądru nie tylko dostatecznego odżywiania, lecz również wszelkich warunków prawidłowego rozwoju fizjologicznego. Obawiałbym się zatem, że pozostawienie jednej

tylko tętnicy nasieniowodowej nie jest wystarczające w wieku dziecięcym dla powodów wyżej przytoczonych.

Dodać wypada słów parę o operowaniu przepuklin pachwinowych u dziewcząt: oczywistą jest rzeczą, że zabieg ten należy do łatwych. Oddzielenie worka od wiązadła obłego i otaczających tkanek nie nasuwa żadnych prawie trudności, jak również zeszycie pierścienia kanału pachwinowego.

Przechodząc do własnych spostrzeń, zaznaczyć muszę, że osobiście operowałem do chwili obecnej wogóle 30 przypadków przepuklin pachwinowych u dzieci. Na przypadki te składa się zarówno materyał szpitalny, jak i z pratyki prywatnej. Najmłodsze dziecko liczyło 1 rok, najstarsze—12 lat; obaj chłopcy.

W szczególności dzieci, mających:

1	rok	było	1
2	lata	„	4
3	l.	„	6
4	l.	„	3
5	l.	„	2
6	l.	„	3
7	l.	„	2
8	l.	„	3
10	l.	„	3
11	l.	„	2
12	l.	„	1
Ogółem			30 dzieci.

Co się tyczy płci, to na ogólną liczbę powyższą znalazły się tylko 2 dziewczynki, resztę stanowili chłopcy.

Z dwustronną przepukliną miałem do czynienia w 4-ch przypadkach: u 1-ej dziewczynki i u 3-ch chłopców; z przepukliną prawostronną było 15 przypadków, lewostronną 11-ie.

Wymiary przepuklin nie były zbyt znaczne: największa, mosznowa, dotyczyła 1-rocznego dziecka i dosięgała wielkości jaja gęsiego, powiększając się jeszcze od krzyku dziecka. Wszystkie przepukliny były wolne, oprócz jednej uwięzionej u 3-letniego chłopca, powikłanej przytem wodniakiem.

Prócz przypadku powyższego, wodniak mniejszych lub większych wymiarów spostrzegałem podczas operacyi jeszcze tylko u 2-ch chłopców. We wszystkich 3-ch przypadkach były

to wodniaki powrózka nasiennego (hydr. funiculi sperm.), i towarzyszyły przepuklinom powrózkowym.

Stosunek był taki, że w górnej niezarośniętej części wyrostka pochwowego tkwiła przepuklina, niżej znajdowało się przewężenie czyli częściowy zrost, poniżej którego w dolnym również nieobliterowanym odcinku wyrostka powstał wodniak. Z innych powikłań w jednym przypadku u 6-letniego chłopca miałem do czynienia z zapaleniem gruźliczem otrzewnej, wobec czego podczas zabiegu, po otwarciu worka przepuklinowego, nalałem do jamy otrzewnowej około 3 ctm. zawiesiny jodoformowej. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, zagojenie się rany nastąpiło przez rychłozrost.

W jednym przypadku u 3-letniego dziecka spostrzegałem tak silny zrost kątnicy z wewnętrzną powierzchnią worka, że niepodobna było oddzielić jelito bez uszkodzenia głębokiego ściany. Wobec tego zmuszony byłem przewiązać worek niżej, niż zwykle, i odprowadzić do jamy brzusznej część worka z przyrośniętą kątnicą.

Zawartość przepuklin w mych przypadkach była następująca: u 3-letniej dziewczynki z obustronną przepukliną na stronie prawej znalazłem w worku kątnicę z wyrostkiem robaczkowym, na str. lewej — jelito cienkie i jajowód. Prócz tego spotkałem wyrostek robaczkowy w worku przepuklinowym jeszcze w 2-ch przypadkach u chłopców. Wyrostków tych nie wycinałem. Z siecią, jako z zawartością worka przepuklinowego, spotkałem się 2 razy. W pozostałych przypadkach treść przepuklin stanowiły jelita cienkie. Przepukliny, powikłanej wnętrostwem, nie zdarzyło mi się operować ani razu.

Operacyę doszczętną przepuklin u chłopców wykonywałem jednym z 2-ch wyżej opisanych sposobów, przytem zaznaczę, że z przepukliną powrózkową miałem do czynienia tylko w 4-ch przypadkach,—zresztą przepukliny były jądrowe.

Metodę najprostszą, t. j. pozostawienie worka w całości na miejscu a tylko przecięcie go poniżej przewiązki po oddzieleniu powrózka (sposob. Drobnika) zastosowałem w 12 przypadkach, przyczem zamknąłem pierścień kanału pachwinowego w 10 przypadkach sposobem Czerny'go, w 2-ch zaś — sposobem Bassini'go z powodu szerokiego otworu i wiotkich odnóg. Wyniki bezpośrednie otrzymałem pomyślne, bez takich powikłań,

jak obrzmienie jądra i moszny. Tym samym sposobem, lecz z wynicowaniem jądra z worka przepuklinowego operowałem w 4-ch przypadkach, przyczem spostrzegałem obrzęk niekiedy d. znaczny, lecz ustępujący całkowicie po paru tygodniach.

Wogóle przyznać muszę, że u dzieci spostrzegałem b. często obrzęk mosznowy nie tylko po operacyi wynicowania jądra, lecz wogóle w tych wszystkich przypadkach, gdy oddzielanie worka połączone było z większym nieco urazem tkanek. Dodam na tem miejscu, że w 4-ch przypadkach przepukliny powrózkowej powiodło mi się wyosobnić zupełnie cały worek oraz usunąć doszczętnie jego odcinek obwodowy.

Sposobem Anschütz'a posiłkowałem się w 12 przypadkach, przyczem zawsze spostrzegałem obrzęk jądra i moszy w mniejszym lub większym stopniu.

Wypróbowawszy tym sposobem różne metody operacyjne, nie mogę przyznać żadnej z nich zupełnego pierwszeństwa. Każda z nich posiada pewne strony dodatnie i ujemne zależnie od warunków, i wybór tej lub innej metody zależeć może od tych lub innych okoliczności, jako też od upodobania chirurga. Stwierdzić mogę ogólnikowo, że w tych przypadkach, gdzie worek daje się łatwo oddzielić od części składowych powrózka, polecić mogę sposób wypróbowany i zalecany przez Drobnika z modyfikacyą Kirmissona, lub wynicowaniem jądra, t. j. sposób najprostszy. Gdzie zaś oddzielanie natrafia na znaczne trudności, nadaje się sposób postępowania Anschütza.

Do szwów głębokich posiłkowałem się w pierwszych mych operacyach jedwabiem, następnie zaś zacząłem stosować i dotychczas stosuję jedynie strunę (katgut) jodową, przygotowaną podług przepisu Claudius'a. Na zamianie tej wyszedłem jaknajlepiej, ponieważ od chwili używania struny zagojenie we wszystkich przypadkach odbyło się przez rychłozrost bez odczynu ze strony rany. Przeciwnie, w okresie stosowania szwów jedwabnych prawie zawsze następowało wydzielanie się z głębi przewiązek, połączone z długotrwałem, nieprzyjemnem ropieniem.

Skórę zaszywałem jedwabiem lub agrafkami Michel'a.

W ostatnich czasach czynię zwykle tak, że u dzieci starszych, porządnych stosuję szew skórny zapomocą agrafek, poczem kładę opatrunek bezgnilny, umocowany opaską. U dzieci

małych, u których opatrunek mógł by przesiąkać moczem, skórę szyję jedwabiem i ograniczam się do pokrycia linii szwów kawałeczkami gazy wyjałowionej, umaczanymi w kollodionie czystem lub z airolem. Gdy otoczenie zwraca na dziecię dość uwagi, nie zdarzyło mi się, by dziecko odkleiło lub zerwało opatrunek. Odgrywa tu zapewne i obawa instynktowna ze strony małego pacyenta przed bólem.

Zanieczyszczenia moczem kollodionowego opatrunku nie obawiam się, zmieniając ten ostatni codziennie i zwilżając go eterem octowym, który ma własność rozmiękczania kollodionu.

Co do powikłań po operacyi doszczętnej w mych przypadkach, to muszę je podzielić na miejscowe i ogólne, t. j., dotyczące samej rany operacyjnej i na bardziej oddalone, mianowicie w innych narządach ustroju. Powikłanie ze strony rany operacyjnej miało miejsce w 5 przypadkach, z których ropienie w szwach z wydzielaniem się przewiązek u 4-ch chorych, w jednym zaś przypadku nastąpiło nawet ropienie głębokie.— Stanowi to $16^2/_3$% tego rodzaju powikłań. W porównaniu ze statystyką najświeższą, podaną przez Tereszkowicza ze szpitala Św. Anny w Łodzi, gdzie miano powikłań analogicznych tylko 5%—, jest to odsetka bardzo wysoka. Na usprawiedliwienie jednak swoje dodać muszę, że owe niezbyt pomyślne wyniki odnoszą się do tego okresu, kiedy stosowałem przewiązki i szwy wyłącznie jedwabne. Odkąd stosuję strunę jodową, spostrzegałem powikłanie tylko raz jeden i to właściwie wskutek zropienia niewielkiego wylewu krwawego w warstwach powłok brzucha w przypadku przepukliny uwięzionej. We wszystkich innych przypadkach, t. j. w 25-ciu, w których posiłkowałem się szwami jedwabnymi w 2-ch, a strunowymi w 23-ch — zagojenie nastąpiło przez rychłozrost bez zarzutu.

Z powikłań w narządach wewnętrznych spostrzegałem po operacyi w 1 przypadku ostre zapalenie przewodu żołądkowo-jelitowego, z ciepłotą podniesioną, na 5-ty dzień po zabiegu. Zapalenie płuc odoskrzelowe (bronchopneumonia) wystąpiło u 2 dzieci, a mianowicie, u jednego na 14-ty dzień, u drugiego na 3-ci dzień po zabiegu z przebiegiem długotrwałym lecz z zejściem ostatecznem pomyślnem. Prócz tego w 5-ciu innych przypadkach spostrzegałem podniesienie ciepłoty nie wyżej 38^0 pierwszego lub drugiego dnia po operacyi. Podniesienie to

trwało zwykle dni parę bez wszelkich innych objawów klinicznych i bez odczynu ze strony rany,—pozatem przebieg pooperacyjny był do końca zupełnie prawidłowy. Nieznaczne i krótkotrwałe podniesienie ciepłoty należy zapewne przypisać wchłanianiu drobnych wynaczynień w polu operacyjnem.

Zejście śmiertelne w moich przypadkach nie miało miejsca ani razu.

Nakoniec, pozostaje jeszcze jedno, bodaj najważniejsze pytanie, jakie są wyniki ostateczne w moich przypadkach, innemi słowy, jak przedstawia się mój skromny ilościowo materyał pod względem trwałości wyników operacyjnych. Otóż, dalsze losy chorych znane mi są zaledwie w kilku przypadkach, jako to:

w	1	przypadku	z	przed	4 lat
„	2	„	„	„	2 „
„	3	„	„	„	$1^{1}/_{2}$ r.
„	2	„	„	„	1 r.

przyczem wynik we wszystkich 8-miu, stwierdzony przezemnie osobiście, jest dotychczas zupełnie dobry. U dwóch osobników wykonałem zabieg doszczętny w ciągu ostatnich miesięcy, jedno dziecko operowałem zaledwie kilka dni temu, i nie jest ono objęte moją statystyką.

Reszta dzieci znikła mi zupełnie z oczu. Należy dodać, że prawie połowa wszystkich przypadków (13) dotyczy dzieci rodziców, zamieszkałych na prowincyi, wskutek tego sprawdzanie dalszego stanu operowanych osobników jest z natury rzeczy utrudnione. Sądząc jednak ze statystyk innych autorów wyniki operacyjne dalsze i ostateczne mogą jedynie zachęcać do stosowania doszczętnej operacyi przepuklin pachwinowych u dzieci.

Jeśli wziąć pod uwagę taką okoliczność, jak to, że Bossowski w r. 1895 zdołał zebrać z piśmiennictwa odnośnego zaledwie 50 przypadków operacyi przepuklin pachwinowych u dzieci poniżej lat 5-ciu, i zestawić ten fakt ze współczesnemi danemi statystycznemi pod tym względem, to najlepiej uwidacznia się, jak dalece chirurgia poczyniła postępy na polu operowania przepuklin wieku dziecięcego. Większość chirurgów jest zdania, które utrwala się coraz bardziej, że wogóle wiek dziecka, jako taki, nie stanowi przeciwwskazania do zabiegu. Był czas, nie tak dawno jeszcze, kiedy mniemano, że nie należy operować przed 5—6 rokiem życia, następnie zredukowano

okres ten do lat 2-ch skończonych, a obecne odzywają się głosy ze strony bardzo poważnej, jak np. Broca, który wykonał 477 operacyi przepukliny u dzieci, że operować można, a często należy nawet dzieci kilkodniowe. Jestto niezaprzeczenie jeszcze jeden dowód tryumfu chirurgii doby współczesnej.

PIŚMIENNICTWO.

A. Bossowski. O leczeniu radykalnem przepuklin pachwinowych u dzieci. Przegl. lek. 1895 Nr 34 i 35.

T. Drobnik. Radykalna operacya przepuklin wolnych pachwinowych u dzieci. Now. lek. 1898 Nr 2.

Z. Sławiński. O częściowem wycinaniu powrózka nasiennego w operacyi doszczętnej przepukliny pachwinowej. Gaz. lek. r. 1906.

A. Tereszkowicz. Leczenie przepuklin u dzieci. Przegl. pedyatryczny T. I z. III.

Ruotte. Cure radicale de hernie inguinale Archives de Medecine des enfants. T. XI. Z. 2.

Jaboulay et Patel. Hernies. Nouveau traité de chirurgie. 1908.

Kirmisson. Précis de chirurgie infantile 1906.

Hansen. Ueber die Häufigkeit angeborener Bruchsäcke. Arch. f. Klin Chir. T. 78.

W. Anschütz. Zur Operation der Skrotalhernien bei Kindern. Beitr. z. Klin. Chir. XXXV. 2. 1902.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O leczeniu raka według metody de Keating-Harta, zwanej fulguracyą.

zebrał

M. ZWEJGBAUM.

Fulguracyą (*fulguration*) nazwał Pozzi w r. 1907 metodę de Keating-Harta leczenia raków iskrą elektryczną (*fulguratio* = błysk błyskawicy). Sam wynalazca metodę swą nazywał dotąd sideracyą (*Sideration*) (*sideratio* = rażenie nagłe), która to nazwa jednak wydała się Pozzi'emu nieodpowiednią, gdyż nie obejmuje w zupełności tych wszystkich skutków, które K-H. przypisywał iskrze elektrycznej; co najwyżej dotyczy tylko wstrząsu nerwowego, wywołanego gwałtowną zmianą napięcia elektrycznego. Nadmienić tu jednak zaraz należy, że J. A. Rivière z Paryża sobie przypisuje pierwszeństwo wynalezienia metody leczenia iskrą elektryczną nowotworów złośliwych, albowiem już w r. 1900 na Kongresie międzynarodowym elektryczności i radiologii lekarskiej miał wykład o wpływie prądów znacznej częstości na pewne guzy złośliwe i gruźlicę, i metodę swą nazwał wówczas „Cytolyse alto-fréquente du cancer“, jak również następnie wielokrotnie nazywał „sideracyą„; że więc pomimo zmiany nazwy tej na „fulguracyę“, istota rzeczy nie uległa dotychczas zmianie i K-H. nieprawnie sobie wynalazek ten przypisuje. Lecz mniejsza o to, kto tu ma słuszność, gdyż być bardzo może, że spór o palmę pierwszeństwa przeżyje samą metodę, której, niestety, długiego żywota rokować nie podobna. Iskra elektryczna taka, jaką opisuje K-H., rozporządza w zbyt niedostatecznym stopniu działaniem równomiernem na powierzchnię i zbyt małem działaniem w głąb tkanek, aby mogła zniszczyć *doszczętnie* ognisko nowotworu, a tem bardziej liczne pierwiastki rakowe, rozsiane w bliższem lub dalszem

otoczeniu ogniska pierwotnego. Z powodu właśnie tego niedostatecznego i powierzchownego działania iskry zmienił nawet K.-H., już wkrótce po rozpoczęciu stosowania swej metody, plan swego postępowania: nie poprzestając na pierwotnem niszczeniu nowotworu iskrą i usuwaniu mas zniszczonych nożem lub łyżeczką, zaczął śmielej i dokładniej, aż do samej granicy tkanek zdrowych, wycinać masy zniszczonego nowotworu, a potem — i to jest najważniejsze — działać iskrą w dalszym ciągu na powierzchnię rany, pozostałej po usunięciu mas nowotworowych, a więc na tkanki pod nowotworem leżące, których iskra przedtem poprzez masy nowotworowe dosięgnąć nie była w stanie. Czy przez to rozwiązał sprawę doszczętnego leczenia raka, o tem teraz zbyt wcześnie jeszcze byłoby mówić, to jedno jest tylko pewne, że w ten sposób osiągnął K.—H. szybsze gojenie się rany, pozostałej po usunięciu mas rakowych, a wytworzona blizna okazała się mniejszą i elastyczniejszą, niż dawniej. Czerny nie wierzy w to, aby fulguracya zdolna była doszczętnie wyleczyć ustrój z nowotworu złośliwego. Możliwe byłoby wyleczenie tylko wtedy, gdyby można było zniszczyć iskrą wszystkie tkanki, przez nowotwór zajęte. Lecz ponieważ to jest niemożliwe, ponieważ zawsze pozostaną niezniszczone komórki rakowe, więc prędzej czy później zaczną one rozrastać się i sprowadzą powrót raka. Dzieje się nawet i tak, że fulguracya właśnie pobudza niezniszczone komórki rakowe do szybszego rozrastania się. Według Czerny'ego zależy to przedewszystkiem od natury samego raka. Czerny nie widział też tego, co opisuje K.-H., aby przerzuty i gruczoły okoliczne, nie będąc bezpośrednio wystawione na działanie iskry, znikały pod wpływem oddalonego działania fulguracyi.

Pozzi, aczkolwiek o metodzie K.-H. wyraża się przychylnie, nie twierdzi jednak, aby była środkiem radykalnym na raka. Przekonał się, obserwując przypadki K.-H., że fulguracya potrafiła przez czas bardzo długi utrzymać w zbliznowaceniu raka kiszki i usunęła wywołane nim wyniszczenie, potrafiła zniszczyć raka kości czołowej, jako też miękkiego wrzodziejącego raka piersi, który przyrósł do mięśni i żeber, a wszystko to stało się tylko przy pomocy zwyczajnego, niegłębokiego wyłuszczenia nowotworu łyżeczką lub nożem, z poprzedzającem je i następującem po niem działaniem iskier elektrycznych. Są

to — powiada — nowe fakty w medycynie, mające dla nas wysoki interes naukowy".

Krumm, który wraz z Benckiser'em badał w klinice K.-H. działanie i skutki fulguracyi, zaznacza, że częstsze aniżeli wyleczenie są wyniki jej tylko paliatywne. Pogląd K.-H. na fulguracyę streszcza w ten sposób: sam K.-H. nie mówi o wyleczeniu ostatecznem, jest na to za sumienny i za ostrożny. Otrzymał jednak na pewno czasowe, widoczne wyleczenie i to w przypadkach ciężkich raka i mięsaka, które nie nadawały się już do operacyi To mogą potwierdzić liczni lekarze, odwiedzający jego klinikę. Wyniki fulguracyi nie zmieniają dotychczasowego poglądu na raka, który uleczalnym jest tak długo, jak długo pozostaje umiejscowionym. W razie ogólnego i głębokiego wytworzenia się przerzutów i metodą K.-H. nie otrzyma się wyleczenia. Należy także wiedzieć i o tem, że nieraz bezpośrednie skutki fulguracyi bywają ciężkie: zjawiają się czasem objawy wstrząsu lub zapaści, tem niebezpieczniejsze, że zabiegi z nią złączone wykonywać trzeba w głębokiem uśpieniu chloroformowem.

Juge, uczeń i współpracownik K.-H. w części chirurgicznej, poczytuje fulguracyę raka tylko za zabieg pomocniczy operacyi chirurgicznej, tem nie mniej jednak—za nowy i zasługujący na zaufanie czynnik leczniczy, zdolny rozszerzyć granice zabiegu chirurgicznego w rakach, i wzbudzający w chirurgu tę pewność, że operacya jego bezskuteczną nie będzie. Prócz tego fulguracya i tę daje korzyść, że stosując ją, można poprzestać na mniej radykalnym zabiegu chirurgicznym, a więc mniej niebezpiecznym dla chorego.

Freund już bardziej z teoretycznego punktu widzenia sądzi, że pomimo wszelkich ulepszeń bardzo problematyczną pozostaje kwestya, czy z fulguracyi wytworzy się doszczętna metoda leczenia raków. Pomyślne wyniki fulguracyi przypisuje raczej odpowiedniejszemu leczeniu chirurgicznemu, mianowicie gruntowniejszemu wydaleniu mas nowotworowych, a w iskrach elektrycznych nie może się dopatrzyć środka doszczętnego i nie wierzy, aby zdolne były urzeczywistnić stare, piękne marzenie medycyny o skutecznym środku na raka. Bez wątpienia — zdarzyć się może, że iskra, błądząca dokoła terenu operacyjnego, zniszczy niektóre zarodki raka, lecz ze względu

na brak równomiernego jej działania tak na powierzchni, jak i w głębi tkanek będzie to dziś zdarzenie czysto przypadkowe, jeśli iskra trafi we wszystkie te miejsca; na traf zaś z całą pewnością rachować nie można, albowiem najczęściej iskra przeskoczy i ominie to lub inne ognisko rakowe.

Jeśli uwzględni się przytoczone tu głosy specyalistów, to całą wartość fulguracyi zredukować będzie można do czynności pomocniczej dla zabiegu chirurgicznego, którego zadaniem jest usunięcie gruntowne mas nowotworowych. Otóż działanie iskier ma na celu: 1) zniszczenie tych mas jeszcze przed usunięciem ich nożem lub łyżeczką, 2) zniszczenie w siedlisku nowotworu, po usunięciu mas jego, oddzielnych gniazd nowotworowych, rozsianych w tkankach pod nowotworem leżących i 3) przyśpieszenie zabliźnienia się rany, po nowotworze pozostałej.

Keating-Hart, który z początku iskrze przypisywał znaczenie dominujące, obecnie działanie iskry i zabieg chirurgiczny w jednym stawia rzędzie. Według niego fulguracya jest to właściwie sposób elektro-chirurgiczny leczenia raków. W metodzie tej czynnik elektryczny jest ściśle związany z czynnikiem chirurgicznym i tylko takie połączenie nadaje metodzie K.-H. charakter metody skończonej. Sama iskra elektryczna byłaby bezsilna i nie mogłaby zniszczyć od razu w całości nowotworu; trzebaby więc powtórzyć zastosowanie iskry kilkakrotnie, co byłoby niebezpieczne dla chorego i przedłużałoby ze szkodą dla niego wydzielenie się nowotworu. Pomoc chirurgiczna, ograniczona do *minimum*, ma usunąć masy nowotworowe, które iskra elektryczna zniszczyła, *na granicy* z tkankami przypuszczalnie zdrowemi; a to *minimum* polega na całkowitem usunięciu (nożem lub łyżeczką) tego, co przedstawia *zmiany mikroskopowe*, czyli tych mas, czyto stwardniałych, czy bujających, na które oko i palec wskazać mogą, że są natury nowotworowej. A więc K.-H. odróżnia w fulguracyi czynność usuwającą (chirurgiczną) od *czynności leczniczej* (elektrycznej). Według Juge'a, metoda K.-H. składa się zasadniczo ze ścisłego współdziałania czynności chirurgicznej z interwencyą elektryczną. Juge obu tym czynnikom przyznaje bardzo ważne znaczenie. Operacya rozpoczyna się od fulguracyi przygotowawczej, po której następuje właściwa operacya chirurgiczna, zresztą

zupełnie specyalna, a po niej dopiero fulguracya końcowa — elektryzacya główna.

Fulguracyę — w znaczeniu najogólniejszem — określa K.-H. jako „metodę leczenia rąka zapomocą silnych iskier, wywiązywanych prądami o wielkiej częstości i wysokiem napięciu (prądy Tesla) w połączeniu z ograniczonym zabiegiem chirurgicznym, mianowicie wycięciem lub wyskrobaniem“. Prądów takich dostarcza specyalny zbiór aparatów o wysokiej częstości, nie różniący się bardzo od zbioru służącego do arsonwalizacyi, a składający się z kombinacyi cewki indukcyjnej (transformatora) o iskrach długich na 40 — 50 ctm. z przerywaczem turbinowym o znacznej szybkości (Wahnelt'a), kondensatorem naftowym (Gaiffe'a) i solenoidem, nazwanym rezonatorem Oudin'a. Według Freund'a aparat K.-H. może być dołączony do aparatu Röntgen'a. Z niego elektryczność doprowadza się do kondensatora naftowego lub do butelek lejdejskich, zaopatrzonych w wyładowacz i w solenoid. Kondensator ten stoi w połączeniu z rezonatorem Oudin'a, tak nastawionym, że wysyła wiązki iskier długości 10—20 ctm. z elektrodów metalowych. Przez swe wysokie napięcie (siły elektromotorycznej nie można wymierzyć, lecz ocenia się ją na 2 do 300,000 wolt) iskra ta byłaby niebezpieczna dla człowieka, gdyby nie jej znaczna częstość, dzięki której milionowe oscylacye na minutę nie mogą wywołać wstrząśnień śmiertelnych. Iskrę tę dają prądy o sile 6—10 amperów na 60, 100, 200 wolt, zmodyfikowane przez przejście stopniowe do transformatora, do kondensatora i do zwojów dolnych wężownicy solenoidu, zwanego rezonatorem.

Zastosowanie iskry o wysokiej częstości bywa dwojakie: jedno i dwubiegunowe. W częstszem użyciu jest sposób jednobiegunowy, gdyż dwubiegunowy, aczkolwiek silniejszy i bardziej tkanki niszczący, przedstawia często trudności w zastosowaniu (jest np. niebezpieczny dla sąsiednich, często bardzo ważnych dla ustroju organów). Czerny wprowadził sposób operowania dwubiegunowy dla guzów głęboko leżących, pod postacią t. zw. fulguropunktury i fulgurolizy. Szerszego zastosowania metoda ta nie znalazła.

Do zastosowania jednobiegunowego iskry podał K.-H. specyalną *elektrodę metalową* rozmaitych odmian co do długości i zgięcia; zwykle elektroda taka ma długości 40 ctm., gru-

bości 3 — 4 ctm.; przez całą swą długość jest opatrzona kanałem. Aby uniknąć zbytecznego ubocznego działania silnego gorąca, wywiązującego się z wiązki iskier i działającego przypiekająco na tkanki — a tego metoda K.-H. zupełnie nie zamierza — K.-H. doprowadza podczas operacyi przez kanał elektrody strumień kwasu węglanego z balonu, w którym kwas ten wytwarza się, zapomocą rurki, opatrzonej kranikiem regulującym i z elektrodą połączonej. Zamiast kwasu węglanego można w tym celu posługiwać się też prądem chłodnego powietrza (zwyczajnego lub sterylizowanego) z mieszka, który rurką połączony jest z elektrodą. W ten sposób następuje ochłodzenie iskier i usunięcie niepożądanego ich działania przyżegającego. Tutaj zaraz nadmienić można, że Rivière i Doyen uważają ochładzanie iskier za zbyteczne i sądzą, że właśnie gorąco przyśpiesza działanie ich niszczące na nowotwór.

Stół, na którym leży chory podczas fulguracyi, powinien być drewniany; jeśli się używa stołu metalowego, to pokryć go trzeba grubą deką wełnianą, aby chory nie doznał oparzeń na grzbiecie. Na stole drewnianym ciało chorego ulega silnemu naelektryzowaniu.

Do fulguracyi trzeba chorego koniecznie poddać głębokiemu uśpieniu, aby wprowadzić go w stan znieczulenia ogólnego, gdyż zarówno działanie iskier, jak i noża, wywołuje ból bardzo dotkliwy. Najodpowiedniejszą będzie w tym razie narkoza skopolaminowo-morfinowo-chloroformowa. Unikać należy eteru i chlorku etylu, gdyż w blizkości iskry mogą zagrażać wybuchem. Maska metalowa do chloroformowania nie nadaje się także, gdyż pod nią twarz może uledz oparzeniu. Najlepsze do tego celu są maski szklane lub wulkanitowe.

A teraz słów parę o istocie działania iskier i samej metodzie fulguracyi.

Keating-Hart sądził z początku, że zmiany iskrą wywołane dotyczą żywotności pierwiastków nowotworowych, która ulega obniżeniu i to działanie nazwał sideracyą. Z czasem jednak przekonał się, że sideracya nowotworu w tym znaczeczeniu, jeśli wogóle występuje, jest zjawiskiem przejściowem, a stały wynik elektryczności zależy tu od podziałania iskier na tkankę macierzystą, podstawową, na której wyrósł nowotwór. Jest to jej działanie odczynowe i witalistyczne. Iskra elektrycz-

na posiada specyalną siłę witalizacyi komórki, dającą w walce między komórką zdrową a nowotworem wyższość życiową komórce zdrowej. Tą siłą tłómaczy K.-H. zdolność zabliźniania się rany, poddanej działaniu iskry. Trwałość skuteczności fulguracyi jest rozmaita, stosownie do przypadku. Recydywy raka, poddanego fulguracyi, są powolniejsze, a więc mniej niebezpieczne.

Według Juge'a fulguracya, jako metoda elektryczno-chirurgiczna, nie działa wcale przyżegajaco; destrukcyjnie działa na nowotwór w słabym tylko stopniu i to wtórnie, za to przedewszystkiem wznieca w tkankach zdrowych działanie odczynowe i prawdziwe działanie witalizacyi. Czerny działanie iskry opisuje w ten sposób: tkanka rakowa zostaje przez uderzenie iskry w swej budowie wstrząśnięta. Komórki pęcznieją, następuje też skrzepnienie białka i wywiązanie się pary. Prócz tego komórki ulegają wakuolizacyi. Przestrzenie międzykomórkowe i podścielisko łączno-tkankowe wypełniają się krwią, owrzodzenie rakowe zaczyna krwawić. Działanie iskry wgłąb nie przekracza 1 ctm. Jeśli się więc chce podziałać iskrami głębiej, to trzeba powierzchnię zeskrobać i następnie na nowo iskrą operować. Zdaje się, że iskry wybierają sobie specyalnie komórki rakowe, aby je niszczyć (działanie wybiorcze — elektywne), a oszczędzają podścielisko łączno-tkankowe, które — przeciwnie — pobudzają do silnego odczynu i po wydzieleniu się miazgi komórkowej, dzięki silnej kilkodniowej wydzielinie (*lymphorrhoea)*, rana zaczyna pokrywać się piękną ziarniną, która prędko prowadzi do jej zabliźnienia.

Według Czerny'ego działanie iskry, to wybiórcze niszczenie komórek rakowych, podobne do działania przyżegającego i dozować się dające. Natomiast Wasielewski i Maute odmawiają iskrze działania wybiorczego dla komórek rakowych. Prace Bergonie'go i Tribaudeau'a potwierdzają znowu działanie wybiorcze iskry na tkankę nabłonkową, zebraną wśród beleczek tkanki łącznej, której iskra nie niszczy. Zarówno destrukcyjne, jak i odczynowe działanie iskry jest powierzchowne. Głębokość tego działania w milimetrach bywa rozmaita, stosownie do tkanki, jakości iskry, trwania jej wpływu i t. d. Działanie destrukcyjne uderzeń iskry na komórki rakowe jest tem silniejsze, im jest iskra dłużej stosowana. Im dłuższe są

iskry, tem głębiej przenikają do tkanki. A więc siłę strumienia i czas trwania iskry należy przystosować według potrzeby. Lacaille twierdzi, że na 1 ctm. wrzodu trzeba fulgurowania przez 1 minutę. Działanie na głębokość 2 centymetrów dla iskry jednobiegunowej stanowi już *maximum* wpływu. Na powierzchnię rany, pozostałej po usunięciu nożem lub łyżeczką mas rakowych, iskra działa w ten sposób, że niszczy najpierw komórki rakowe na niej rozsiane, a następnie wywołuje w tkance łącznej, pod niemi leżącej, odczyn, nazwany przez Juge'a *fibrose*, o którym Mauté mówi, że przytłumia w ciasnych okach tkanki łącznej komórki nowotworowe, które stopniowo zmieniają się i znikają. Siły iskry o wysokiej częstości nie można dotychczas wymierzyć ani w woltach, ani w amperach.

Tkanki żywe odpowiadają każda inaczej na jedną i tą samą iskrę elektryczną, i głębokość zmian w nich zachodzących zależy od jakości, częstości i liczby wstrząśnień elektrycznych, iskrą w nich wywoływanych. Iskra posiada zdolność szybkiego zabliźniania rany, pozostałej po usunięciu nowotworu; zbyt jednak długo stosowana fulguracya wywołuje zdrętwienie tkanek zdrowych lub zmienionych i opóźnia zabliźnienie rany. W ten sposób od różnicy czasu, użytego na działanie iskry, zależy skutek leczenia. Decyduje tu doświadczenie, zdobyte praktyką osobistą lekarza.

Cały zabieg fulguracyi składa się z 3-ch albo 4-ch części, stosownie do tego, czy powłoki zewnętrze nad guzem są jeszcze zdrowe, czy też już przez nowotwór zniszczone. Jeśli są zdrowe, to należy je przeciąć, aby obnażyć nowotwór dla iskry. Jest to zabieg pierwszy — chirurgiczny. Po nim idą 3 następujące: pierwszy zabieg elektryczny, drugi — chirurgiczny i trzeci — elektryczny. Często 3 te zabiegi stanowią całość operacyi, o ile guz jest już otwarty i przedstawia owrzodzenie rakowe. Wtedy zabieg elektryczny rozpoczyna operacyę. Trwa on od 10 do 15-u minut. Skutki działania iskry są bezpośrednie, następcze i oddalone. Skutek bezpośredni iskry przejawia się przedewszystkiem w silnem zwężeniu naczyń krwionośnych (*pouvoir vasoconstricteur*); krwawienie miąższowe ustaje dzięki wytworzeniu się na powierzchni delikatnej ciemnej powłoki, złożonej z niezliczonego mnóstwa drobnych skrzepów krwi. Dalej fulguracya działa znieczulająco, znacznie osłabiając lub

znosząc zupełnie bóle, nadzwyczajnie chorym na raka nieraz dokuczające. Następnie dzięki fulguracyi przygotowawczej zmniejszają się szanse zaszczepienia nowotworu. Wreszcie fulguracya ułatwia następne czynności chirurgiczne, wyraźniej odgraniczając pole operacyjne. Iskry z ochłodzonej elektrody bardzo prędko wywołują w masach nowotworowych niedokrwienie, bardzo prędko je rozmiękczają, tak iż np. twarde guzy raka macicy, przedtem nie ustępujące łyżeczce, po fulguracyi mogą być łyżeczką z łatwością wyskrobane (Pozzi).

Idący po fulguracyi zabieg chirurgiczny ma, według K.-H., następujące znaczenie: zadaniem jego jest jedynie usunięcie łyżeczką lub nożem mas nowotworu stwardniałych i bujających, t. j. takich części, w których gołem okiem można rozpoznać, że są natury nowotworowej (*lesions macroscopiques*). Działanie chirurgiczne jest więc tu czysto mechaniczne, wydalające, a nie lecznicze. Ma ono 1) zmniejszyć, a często ograniczyć do jednego liczbę zabiegów fulguracyjnych, potrzebnych do wyleczenia (pozornego lub trwałego), 2) zmniejszyć czas stosowania elektryczności i 3) oszczędzić choremu długiego i wyniszczającego wydalania się mas nowotworu, które przez iskrę zostały zniszczone.

Ostatni zabieg — drugi elektryczny, ma znaczenie doniosłe, jako sprowadzający szybkie zabliźnienie się rany, pozostałej po usunięciu mas nowotworowych. Iskry działają na powierzchnię rany i na tkanki głębiej leżące. Zabieg ten trwać ma 10 do 40-u minut. Działanie niszczące iskry rozszerza się i na tkanki, leżące pod nowotworem, wywołując ich zniszczenie; jest ono jednak słabsze, albowiem tkanka zdrowa jest odporniejsza, niż tkanka nowotworowa. Im więcej nowotworu wycięto, t. j. im cieńsza pozostała jego warstwa, tem działanie iskry na tkankę zdrową jest głębsze. Jak można ograniczyć pod względem głębokości działanie niszczące iskry elektrycznej? Zmniejszając jej długość i czas działania. Gwałtowność uderzenia iskry i głębokość jej skutków będą w stosunku prostym do maksymalnego oddalenia elektrody od tkanek. Przez zmniejszenie długości iskry (zbliżeniem elektrody) i zwiększenie czasu jej działania zwiększy się tylko jej powierzchowna siła niszcząca, jako też zwiększą się skutki gorąca iskry, lecz tem mniej działa iskra wgłąb. Od maksymalnego oddalenia

elektrody zdają się głównie zależeć chłonkotok i zmiany odczynowe miejscowe i oddalone w tkankach pod nowotworem leżących. Obu tym objawom K.-H. przypisuje bardzo doniosłe znaczenie w sprawie gojenia się rany i wogóle wyleczalności raka.

Chłonkotok (*lymphorrhoea*), tak jak i wytworzenie się blizny, jest następstwem podziałania iskier na tkanki. Zaraz po operacyi zjawia się obfite wypływanie cieczy surowiczej żółtej, nieco krwią zabarwionej. Trwanie tego wypływu bywa rozmaite, od dnia jednego do tygodnia. Wpływ ten zwiększa się zwykle podczas pierwszych 24-ch godzin, potem powoli się zmniejsza i zastąpiony zostaje przez wypływ surowiczo-ropny. Niekiedy limfy bywa tak wiele, że opatrunek, a nawet cała pościel przemaka od niej. Ilość cieczy w znacznej części zależy od miejsca, z którego się wydziela: piersi i twarz dają jej dużo, kości znacznie mniej. Chłonkotok jest, według K.-H., pierwszym okresem odczynu leczniczego fulguracyi i daje dobre rokowanie.

Brak chłonkotoku jest objawem ujemnym, nie dającym rokowania pomyślnego. Następstwem nagłego przerwania chłonkotoku bywa nieraz zjawienie się gorączki.

Następnie do objawów odczynowych miejscowych należy też: *wytworzenie się strupa,* które jest następstwem nagłego porażenia (wstrząsu) tkanek elektrycznością (*sideratio*), nie zaś działania przyżegającego iskry, którego należy starannie unikać i w tym celu, jak już wiemy, K.-H. przepuszcza podczas fulgurowania przez elektrodę strumień kwasu węglanego. Wystarczy też w tym celu i obracanie regularne w ręku elektrody podczas przeprowadzania jej nad nowotworem.

Strup, masa szarawa lub żółtawa i krucha, zjawia się na ranie po 48-u godzinach i odpada 8-go, 10-go, 15-go dnia, stosownie do trwania, siły i napięcia elektrycznego. Rodzaj strupa zależy bezpośrednio od sposobu wykonywania fulguracyi. Niema, niestety, środka, aby podczas jej wykonywania można było przewidzieć, jakie będą jego skutki i matematycznie wymierzyć głębokość przyszłego strupa. Niewinny dla pewnych tkanek (mięśnie, tłuszcz i t. p.), może się stać niebezpiecznym w okolicach, obfitujących w naczynia, w okolicach stawów i błon surowiczych (otrzewna).

Po odpadnięciu strupa pozostaje *ziarnina.* Różni się ona

od zwykłej ziarniny. Jest blado-różowa i w dotyku elastyczna. Rozwija się bardzo prędko, wypełniając szybko obszerne braki substancyi, nawet kostnej, bardzo też prędko zamieniać się zaczyna od brzegu w kierunku ku środkowi (dośrodkowo) na bliznę.

Blizna ma cechy charakterystyczne i zjawia się na miejscu byłej obszernej powierzchni rakowej pod postacią pasm lub ognisk tkanki włóknistej. Blizna taka jest znacznie mniejsza, aniżeli ilość zniszczonej substancyi, którą pokryła. Zachodzi tu jak gdyby wciągnięcie powłok sąsiednich dla pokrycia tej straty, rodzaj autoplastyki samodzielnej; słowem — następuje sprawa odnowy części utraconych, odnowy—jeśli tak rzec można—kosmetycznej, gdyż blizna jest cienka, aczkolwiek *mocna*, gładka nie przyrośnięta i estetyczna.

Do *objawów oddalonych*, wywołanych przez fulguracyę, należy t. z. *odczyn z odległości*, który dotyczy wpływu fulguracyi na ogniska, porozrzucane w rozmaitych miejscach ciała a przejawia się albo przez znikanie na czas pewien bolów nprz. krzyża, zależnych od ognisk nowotworowych w rdzeniu, albo przez zabliźnienie się owrzodzeń skóry, powstałych po rozpadzie guzików nowotworowych w miejscach oddalonych od podziałania iskier, albo przez zbliznowacenie gruczołów zrakowaciałych i wstrzymanie ich rozwoju, albo wreszcie przez ich zserowacenie lub zropienie, a nawet przez znikanie całych rożańców gruczołowych. K.-H. działanie to na odległość przypisuje witalizacyi, t. j. wzmożonej pod wpływem iskry czynności komórkowej w tkankach zdrowych, słowem — fulguracya pobudza tkanki do silnego odczynu i zbliznowacenia. Jak już wiemy, nowotwór na miejscu podziałania iskier ulega zniszczeniu, wprawdzie — tylko powierzchownemu, nóż lub łyżeczka pomaga do usunięcia jego, a rana, pozostała po wydaleniu nowotworu, poddaną zostaje ponownemu działaniu iskier i prędko się zabliźnia; pozostają jednak często przerzuty w gruczałach, w chłonicach (*v. limphatica*) i ich zwojach, pozostają guziki nawrotowe i t. d., które stanowiły zawsze najciemniejszą stronę leczenia raków. Od czasu zastosowania fulguracyi nastąpił według K.-H. i pod tym względem zwrot ku lepszemu. Silny odczyn, wywołany na odległość w tkankach zdrowych przez iskry elektryczne wpływa „odrętwiająco“ na ogniska nowotworowe i powstrzymuje ich rozwój.

Ogniska takie rozwijają się wolno, pozostając w odrętwieniu; niema się już do czynienia z nacieczeniami rozlanemi w gruczołach chłonnych i wzdłuż pochewek, tak działalność lekarza paraliżującemi, ale najczęściej ze sprawami zupełnie umiejscowionemi, najczęściej zresztą już ze sprawami zwyrodnienia, pozbawionemi jadowitości. Po wyłuszczeniu tak odrętwiałych, zwyrodniałych gruczołów, guzków i t. d., i po ponownej fulguracyi, rany po nich pozostałe prędko się znowu zabliźniają. Ani odrost, ani powrót raka nie przedstawiają się już tak strasznie, jak dawniej. I w tem właśnie ma spoczywać doniosłość fulguracyi, że działanie jej odczynowe na odległość najlepiej dowodzi, jako ma się tu do czynienia nie tyle ze sprawą niszczącą, jak raczej z pobudzeniem sił odczynowych ustroju, zdolnych zmniejszyć jadowitość raka, ograniczyć go i uczynić nieszkodliwym.

Po fulguracyi ranę należy wysączkować i brzegi jej zbliżyć szwami ku sobie, co sprzyja rychlejszemu zabliźnieniu się rany. Opatrunek nakłada się suchy z gazy, podsypanej boraksem i z grubej warstwy waty. Po 24—48 godzinach opatrunek tak już jest wilgotny, że musi być zmieniony. Po odpadnięciu strupa następuje szybkie zabliźnienie się rany.

A teraz słów kilka o *wskazaniach* do fulguracyi. Opłakane wyniki, osiągane przez chirurgów, dążących drogą doszczętnych operacyi do usunięcia nowotworów złośliwych, pobudzały i pobudzają dziś jeszcze lekarzy do szukania na innych drogach sposobu usunięcia ognisk nowotworowych i niszczenia skutków zgubnego działania jadu, wytworzonego przez nowotwory złośliwe. Już od dawna chirurgowie przyszli do przekonania, że rak powinien być operowany jak można najwcześniej, a wycinając go, trzeba zajmować jak można najwięcej tkanki zdrowej dookoła, o ile ma się uniknąć odrostu. I rzeczywiście w ten sposób zmniejszyła się liczba przypadków odrastania nowotworu na miejscu ogniska pierwotnego. Lecz to, niestety, nie zabezpieczyło od *przerzutów* nowotworu do innych miejsc ciała pod postacią nowych guzków, gruczołów nowotworowo zwyrodniałych. Przekonano się prócz tego że komórki rakowe zwykły przenikać z miejsca swego pierwotnego rozwoju do tkanki sąsiedniej pod postacią tak cienkich pasemek, że je tylko mikroskop wykryć jest w stanie. A dzieje się to tak wcze-

śnie i szybko, że nawet bardzo wczesne wycięcie ogniska pierwotnego nie zabezpiecza od rozsiania się zarodków raka w bliższem lub dalszem sąsiedztwie nowotworu.

Z tego, co się powiedziało, wyprowadzić można następujący podział raków pod względem kwalifikowania się ich do operacyi: 1) raki nadające się do operacyi; 2) raki nie nadające się do operacyi: a) ze względów chirurgicznych *), b) ze względów anatomicznych **) i 3) raki uogólnione (*generalisata*).

Jeśli w samych początkach stosowania swej metody mógł K.-H. się łudzić, że iskry o wysokiem napięciu i znacznej częstości mogą zniszczyć raka radykalnie, to złudzenie to prysło bardzo prędko. Już samo przybranie do pomocy iskrom noża i łyżeczki dowodziło, że działanie iskry zawiodło go pod tym względem, o czem zresztą już wyżej była mowa. Tem nie mniej jednak K.-H. otrzymywał bardzo często tak świetne wyniki od fulguracyi, dotyczące jużto wydalenia nowotworów i prawie doraźnego zabliźnienia się rany, po nim pozostałej, już też podziałania na powroty nowotworu, a nawet na gruczoły i guzki rozsiane w pewnem oddaleniu od niego, w znaczeniu odrętwiającem czyli hamującem sprawy nawrotowe przerzutowe, że nie waha się metody swej polecać wszędzie tam, gdzie, według doświadczenia, nóż chirurga albo zawodzi, albo też nie może już znaleźć zastosowania, gdyż nowotwór z tej lub innej racyi już się więcej do operacyi nie nadaje.

Podług więc wyżej przytoczonego podziału raków, dotyczącego ich kwalifikacyi operacyjnej, K.-H. do fulguracyi kwalifikuje: 1) raki, które wogóle nadają się do operacyi i 2) raki, które ze względów chirurgicznych do operacyi (chirurgicznej) sią nie nadają. A więc w porównaniu z chirurgią wskazania do fulguracyi znacznie zostały przez K.-H. rozszerzone, mianowicie na raki nie nadające się już do operacyi, bez zwracania uwagi na obecność przerzutów w gruczołach. K.-H. radzi wpra-

*) t. j. raki, które albo wtargnęły już masowo do gruczołów, albo też wrosły głęboko w tkanki, leżące pod nowotworem, jak również takie, których rozrost był bardzo szybki, lub które wkrótce po operacyi odrosły na nowo.

**) t. j. raki rozwijające się na koszt takiego organu, którego odjęcie albo jest niemożliwe, albo bardzo niebezpieczne.

wdzie i gruczoły takie wyłuszczać, a łożysko ich poddać działaniu iskier, ale nie waha się też je pozostawić, w nadziei, że albo nie będą się powiększały, albo się same zmniejszą. Spostrzegał też nieraz cofanie się wstecz przerzutów okolicznych, gdy guz główny został zniszczony przez fulguracyę. Według podziału wyżej przytoczonego nie nadają się więc do fulguracyi, tak samo jak i do pomocy chirurgicznej: 1) raki, które ze względów anatomicznych usunięte być nie mogą, gdyż zarówno operowanie, jak i folgurowanie ich—zagrażałoby bezpośredniem niebezpieczeństwem życiu chorego (blizkość naczyń, otrzewnej, stawów i t. d.) i 2) raki, które już uległy generalizacyi.

Wyniki dotychczasowe fulguracyi można na ogół nazwać zadowalającymi, jeśli „wyleczenie" pojmować się będzie tak, jak to czyni obecnie K.-H, który wobec krótkiego dopiero czasu istnienia metody (zaledwie od dwu lat) nie może jeszcze ocenić stanowczo, czy wyleczenie jest rzeczywiste i radykalne. Sam K.-H. co do swych wyleczeń wyraża się ostrożnie: o dobrych swych wynikach mówi tylko, że mają w chwili bieżącej pozór wyleczenia („*guérison apparente et actuelle*"). Nie zataja swych niepowodzeń i przyznaje, że w rakach błon śluzowych w ogóle, a języka w szczególności metoda jego najwięcej zawodzi, a powodem tego są liczne małe guzki nowotworu, powstające zdala od ogniska pierwotnego, które po pewnym czasie poczynają rosnąć szybciej niż przed operacyą. Jednak i tu zaznacza 2 przypadki wyleczeń: raka języka i raka kiszki stolcowej. Według K.-H. metoda jego jest w zastosowaniu trudna i dlatego stosując ją, trzeba się trzymać przepisów autora. Inaczej wyniki mogą być ujemne. Czerny zmienił elektrody, Schultze nie oziębia elektrody i stosuje iskry krótkie albo leczy fulguracyą raki, które już są na drodze do generalizacyi. Nic dziwnego więc, że wyniki tych chirurgów są odmienne — najczęściej ujemne.

Dotychczas stosowano fulguracyę najczęściej w rakach skóry twarzy, błon śluzowych i sutek. Najlepsze wyniki otrzymał K.-H. dotychczas w rakach twarzy. Tutaj pod względem kosmetycznym fulguracya daje wyniki doskonałe: blizny są płaskie, gładkie, dośrodkowo ściągnięte i nieszpecące.

Największą statystykę przypadków raka, poddanych przez K.-H. fulguracyi, przytacza Juge w pracy swej, wydanej we

wrześniu 1908 roku. Statystyka ta obejmuje 40 przypadków raka najrozmaitszych okolic ciała i jeden mięsak. Z tych 18 było takich, które nie nadawały się do operacyi chirurgicznej. Juge notuje wśród nich 10 wyleczeń po fulguracyi, rozumie się względnych. 7 przypadków należało do kategoryi ciężkich, ledwo do operacyi się nadających i 7 było takich, które możnaby poddaać normalnej operacyi chirurgicznej — razem 14 przypadków, w których fulguracya dała wynik dodatni. Wreszcie w 8-iu przypadkach po folguracyi nastąpiła śmierć z powodu chorób współrzędnych.

Desplats z Lille podał do wiadomości 8 przypadków raka sutka (*mamma*) operowanych przez K.-H. W jednym nastąpiła śmierć po operacyi, w pozostałych—wyleczenie.

Na posiedzeniu Towarzystwa francuskiego badań raka (l'Association française pour l'etude du cancer) w dn. 18 stycznia r. b. Desplats przedstawił dwu chorych, leczonych skutecznie fulguracyą: 1) kobietę 40-letnią, mającą nabłoniaka ślinianki przyusznej, objętości dwu pięści, z owrzodzeniem, który to nabłoniak uznany został przez chirurgów za nienadający się do operacyi. 3 lutego 1908 r. operowany był przez rozkawalenie i poddany następnie fulguracyi. Rana pooperacyjna, szerokości dłoni, zabliźniła się doskonale w ciągu 6-ciu tygodni i chora już od roku prawie ma się doskonale. Blizna nadzwyczaj delikatna. Obawy powrotu niema. 2) U chorego, operowanego w grudniu 1907 r. z powodu odnowy mięsaka szczęki górnej po wycięciu tejże przed 11-tu laty, zjawił się nowotwór na brzegu zębodołowym szczęki dolnej. Szczęki nie wycięto, aczkolwiek nadawała się do tego, lecz poprzestano na wyrezekowaniu brzegu zębodołowego i fulguracyi rany. Chory pozostaje wolny od odrostu i dobrze się czuje obecnie po 13-u miesiącach.

Na temże posiedzeniu Desplats przedstawił statystykę 18-u przypadków raków ciężkich, które już do operacyi się nie nadawały, które zatem poddano fulguracyi. W 7-iu stwierdzono bezpośrednio wynik ujemny. W 11-u wynik był dodatni z 4-ma jednak po kilku miesiącach odrostami które jednak cechowało umiejscowienie się sprawy i zdrętwienie.

Statystyka prof. Czerny'ego z Heidelberga na początku 1908 roku obejmowała 35 przypadków; w ciągu 8-u tygodni u chorych tych zastosowano fulguracyę 50 razy. W maju te-

goż roku na Kongresie chirurgów w Berlinie donosi już o 59 przypadkach ze 120-u fulguracyami i wyniki nazywa znośnymi.

W pierwszej kategoryi przypadków 3 tylko nadawały się jeszcze do leczenia chirurgicznego. Wszystkie po fulguracyi zagoiły się bardzo prędko, pozostawiając bardzo ładne blizny. Pozostałe 32 przypadki albo nie nadawały się już do operowania, albo były tak ciężkie, że operowanie ich byłoby wprost niebezpieczne dla życia chorych. W trzech z nich zaszła śmierć podczas fulguracyi. Niektóre doznały polepszenia, np. raki kiszki stolcowej, w innych owrzodzenia oczyściły się, bole znikły, krwawienie ustało. Według Czerny'ego folguracya stanowi postęp w leczeniu raków. Nadaje się w rakach powierzchownych, zwłaszcza w rakach wrzodziejących skóry i błon śluzowych, usuwając wyłącznie tkankę zrakowaciałą w sposób o wiele bezpieczniejszy, aniżeli operacya krwawa. Chory łatwiej się na nią decyduje, niż na operacyę i dlatego do fulguracyi będzie można przystępować wcześniej i postępować z rakiem doszczętniej. Przed upływem 5-iu lat trudno orzec, czy wyleczenie po fulguracyi będzie trwałe i czy odrosty raka będą rzadsze, aniżeli po operacyach krwawych. Leczenie nawrotów dzięki fulguracyi stanie się łatwiejsze, o ile wcześniej się do niego przystąpi. To pewna, że w ciężkich, już do operacyi nie nadających się przypadkach raka, jako też w nawrotach fulguracya jest pożyteczna, usuwając bole, krwawienie i sposoczenie, i poprawiając w ten sposób ogólny stan chorego. Taką właśnie poprawę spostrzegano nawet w ciężkich, beznadziejnych rakach macicy.

Zdarza się jednak, że fulguracya może zaszkodzić, a nawet i śmierć przyśpieszyć, mianowicie w przypadkach ciężkich raka, połączonych z wyniszczeniem ustroju, w przypadkach przerzutów do narządów wewnętrznych; wtedy bowiem iskry, nie mogąc zniszczyć zupełnie komórek rakowych, pobudzają je do wzmożonego bujania, i wskutek wzmożonego wsysania się produktów rakowych wzmaga się wyniszczenie ustroju. K.-H. opisuje przypadki znikania przerzutów i gruczołów zrakowaciałych w blizkości ogniska rakowego, poddanego fulguracyi, pomimo, że twory te nie były wystawione na bezpośrednie działanie iskier. Czerny tego rodzaju pomyślnych przypadków nie spostrzegał dotychczas. Metoda K.-H. wymaga wielkiej wprawy

operującego zwłaszcza pod względem dozowania i wskazań do niej. I technika nie bywa jednostajna: musi być zastosowana do miejsca i rodzaju raka. Wnioski Czerny'ego, nie będąc pesymistycznymi, różnią się jednak znacznie od wniosków K.-H. Według Czerny'ego nadzieje K.-H. są wyższe, aniżeli rzeczywistość faktów.

Schultze z kliniki Bier'a w Berlinie miał na 12 przypadków fulguracyi 12 zawodów i dlatego metodę K.-H. potępia.

Za to prof. Leopold z Drezna, który umyślnie udał się do Marsylii, aby poznać u źródła metodę K.-H. i jej wyniki w nowotworach złośliwych, wyraża się nader przychylnie o tej metodzie. „Otrzymałem wrażenie — powiada Leopold—że metoda de Keating-Harta może dla pewnych, daleko posuniętych przypadków raka pochwalić się wynikami prawie wyjątkowymi". „K.-H., jak każdy operator nowoczesny stoi na tem stanowisku, że każde świeże ognisko raka powinno być jak można najprędzej i najwcześniej nożem usunięte. Nie wmawia w siebie, że swą metodą wyleczy każdy przypadek raka, lecz w przypadkach *daleko posuniętych* mógł już zapomocą swej metody powstrzymać dalszy rozwój nowotworu, wzgl. sprowadzić jego przemianę wsteczną". „Ostrożny jest dosyć, gdy powiada, że chorych tego rodzaju wprowadza na czas dłuższy w stan względnej poprawy i daje im żyć w warunkach, których porównać nie można ze smutnymi warunkami dotychczasowymi". Leopold przyznaje, że tak jest w rzeczywistości, gdyż mógł się przekonać, że chorzy, których twarz, organy płciowe, kiszka stolcowa i sutki przedstawiały obraz strasznego zniszczenia lub zeszpecenia, odzyskiwali znowu chęć do życia i pracy, gdyż pozbywali się krwotoków, ropienia i bolów. Że u chorych takich mogą się zdarzyć nawroty, przyznaje to i K.-H. W takim razie poddaje ich na nowo fulguracyi i otrzymuje znowu u niektórych z nich poprawę na czas dłuższy.

PIŚMIENNICTWO.

W streszczeniu niniejszem korzystano z prac następujących:

1) Bulletin de l'Académie de Médecine 1907, d. 7 lipca.

2) De Keating-Hart (de Marseille). La Fulguration dans le traitement du cancer. Archives d'Electricité médicale expèrimentales et eliniques, Bordeaux 1908, № 238.

3) C. Juge (de Marseille). Chirurgie du Cancer et Fulguration. Etude critique de 40 cas de cancers graves, traités par la méthode électro-chirurgicale dite Fulguration (méthode de Keating-Hart), en collaboration avec l'Auteur de la méthode.—Tiré à part des Archives Provinciales de Chirurgie 1908, № 9.

4) Prof. Czerny. Ueber die Blitzbehandlung des Krebses. Ref. na Kongresie chirurgów niemieckich w Berlinie, 1908 w maju. Zentralblatt f. Gynäkol. 1908. № 22. Str. 730.

5) Prof. Czerny. Ueber die Blitzbehandlung (Fulguration) der Krebse. München. med. Wochenschrift 1908. № 6

6) Benckiser u. Krumm. Ueber eine neue Methode der Carcinombehandlung nacb D-r de Keating-Hart. Deutsche med. Wochenschrift. 1908. № 10.

7) Kurt Schultze. Beitrag zu Fulgurationsbehandlung maligner Tumoren. München. med. Wochenschrift 1908. № 43.

8) G. Leopold. Ueber die Behandlung des Karzinoms mittels Fulguration durch D-r de Keating-Hart. Zentblatt f. Gynäk. 1908. № 27.

9) De Keating-Hart. Traitement du cancer par la Fulguration. Bulletin de l'Association française pour l'etude du cancer. 2-e année n⁰. 1 w Revue de Médecine. 1909. № 2.

STRESZCZENIA POJEDYŃCZE.

GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO.

W. Falgowski. *Odłuszczanie torebek nerkowych w przypadkach drgawek połogowych.*

Autor przekonał się w jednym przypadku o skuteczności tej operacyi. 28-letnia wieloródka w 13 godzin po prawidłowym porodzie dostała silnych drgawek. Wobec ciężkiego stanu, którego wyrazem była *oliguria*, nieprzytomność, śpiączka i wreszcie groźne objawy zapaści — wykonano odłuszczenie torebek nerkowych; nerki okazały się powiększone, obrzękłe, silnie uciśnięte przez rozciągnięte torebki i biernie przekrwione. Po operacyi drgawki natychmiast bezpowrotnie ustały. Śpiączka trwała jeszcze kilka godzin; powoli przytomność powróciła, ilość moczu stale, choć powoli zwiększała się, białko w moczu zmniejszało się i chora wyzdrowiała.

Przypadek ten poniekąd potwierdza teoryę Mijnlieff'a o zwiększonem ciśnieniu wewnątrznerkowem, jako przyczynie drgawek porodowych.

Autor sądzi, że do odłuszczenia torebek nerkowych w drgawkach porodowych przystępować należy bardzo wcześnie, kierując się stanem ogólnym chorej. Jeśli obok zwiększenia się liczby i siły napadów drgawek oddech staje się powierzchownym, niemiarowym i przerywanym, tętno zaś przyspiesza się i słabnie, to z operacyą zwlekać nie należy

Idąc jeszcze dalej, sądzi, że niekiedy samo ciężkie zapalenie nerek u położnic upoważnia do odłuszczenia torebek nerkowych, zwłaszcza, gdy opróżnienie macicy nie wpłynęło dodatnio na zwiększenie się ilości moczu.

Działanie odłuszczenia torebek nerkowych objaśnia autor w ten sposób:

1) Wskutek usunięcia wzmożonego ciśnienia wewnętrznego krążenie krwi na nowo pobudza się, a wymiana materyi przywraca.

2) Przekrwienie tętnicze, występujące po odłuszczeniu torebek, pobudza wchłonięcie nagromadzonego wysięku, i działa moczopędnie.

3) Uszkodzonym nabłonkom nerki przywraca się sprawność dzięki temu, że krążenie krwi w nerce powróciło do stanu prawidłowego.

Skoro nabłonek nerki doznał za głębokiego uszkodzenia, wtedy już i operacya przyda się nie na wiele. Dlatego też z operacyą nie należy zwlekać zadługo.

(*Zentralblatt f. Gynäkol.* № 1908. 2).

M. ZWEJGBAUM.

Opitz Erich. *O odłuszczaniu torebek nerkowych w drgawkach porodowych.*

Przed 5-ciu laty wykonał Edebohls po raz pierwszy odłuszczenia torebek nerkowych w drgawkach porodowych. Od tego czasu operacyę tę wykonano 32 razy z powodu drgawek, między innymi Opitz—4 razy. Doszedł on do wywodów następujących.

Dotychczas najpoważniejszem wskazaniem do odłuszczenia torebek nerkowych był tu bezmocz (*anuria*), albo moczenie skąpe (*oliguria*). Już nieraz przekonano się jednak, że z obfitszego wydzielania się moczu i ze zmniejszenia się zawartości białka w moczu nie można jeszcze sądzić na pewno o poprawie stanu nerek. Twierdzenie Sippel'a, że tylko wobec zwiększenia są ciśnienia w nerkach można oczekiwać dobrego skutku od odłuszczenia torebek w przypadkach drgawek porodowych, zostało zachwiane przez Edebohlsa, gdyż badacz ten przyszedł do przekonania, że i w innych postaciach ostrego i przewlekłego zapalenia nerek można liczyć na dobry wynik zabiegu.

Dlatego też, wobec zawodów, jakie tak często dają inne sposoby leczenia drgawek porodowych, należy stosować operacyę Edebohlsa tam, gdzie przyśpieszone rozwiązanie ciężarnej nie przerywa napadów drgawek.

Cztery przypadki Opitz'a dotyczyły ciężkich drgawek. Wszystkie zakończyły się pomyślnie, a bezpośrednio po operacyi znikło prędko białko z moczu, napady drgawek osłabły i stan ogólny chorych widocznie poprawił się.

Według najnowszych badań istota drgawek porodowych najprawdopodobniej polega na samozatruciu ustroju, źródłem zaś jadu ma być łożysko; skuteczność tedy dekapsulacyi nerek przypisać należy wzmożeniu wydzielania jadu z ustroju a to dzięki wzmożeniu się czynności wydzielniczej narządu. Rodzi się więc teraz pytanie najtrudniejsze, jak sformułować w eklampsyi wskazania do odłuszczenia torebek nerkowych?

Dziś już nie ulega wątpliwości, że zdjęcie torebek z nerek, operacya mało niebezpieczna, bywa nieraz w eklampsyi zbawienna. Znosząc wzmożone ciśnienie w nerce (t. z. *glaucoma renum*), operacya ta przywraca prawidłowe krążenie krwi w nerce i pobudza na nowo jej wydzielanie. W przypadkach, gdzie nerka okazała się wiotką, zmętniałą i bladą, a torebka niena-

prężona skutek zabiegu był przeważnie ujemny. Skoro nerka naprężona, i przekrwiona zastoinowo jest pierwszym, zwiotczała zaś i blada drugim etapem zapalenia, wypływa wniosek o potrzebie jak najwcześniejszego przystąpienia do odłuszczenia torebek, mianowicie zanim nerka dojdzie do stanu, z którego powrót *ad integrum* byłby już niemożliwy. Pierwszem więc zadaniem w drgawkach porodowych będzie wczesne przystąpienie do odłuszczenia torebek z nerek. Ukończenie porodu powinno jednak poprzedzić ten zabieg. Po urodzeniu się płodu należy poczekać na skutek rozwiązania. Jeśli napady drgawek nie powtórzą się więcej, przytomność powróci, czynność nerek ożywi się, tętno poprawi się a gorączka obniży, to dekapsulacya staje się zbyteczną. Gdyby zaś napady drgawek powróciły, to po 2—4-ch napadach należy bezzwłocznie wykonać odłuszczenie torebek. Nie należy jednak spuszczać z oka innych objawów, towarzyszących eklampsyi, jak bezmocz, znaczna zawartość białka, krwi i wałeczków w moczu, nieprzytomność, wysoka gorączka, szybkie tętno; gdyby po upływie 10—12 godzin od porodu ciężki stan ogólny trwał w dalszym ciągu, to nawet pomimo braku drgawek obnażenie nerek stanie się potrzebnem.

W eklampsyach, które wybuchają dopiero w połogu, jeśli napady odrazu są ciężkie i prędko powtarzają się a przytomność między napadami nie powraca, pogorszenie zaś w stanie ogólnym chorej corazbardziej wzmaga się, to wtedy z wykonaniem operacyi dłużej czekać nie należy.

Zabieg wykonywa się w sposób zwykły. Chora układa się bokiem na grubym wałku. Cięcie 10-centymetrowe, równoległe do dolnego brzegu 12-go żebra. Rozsuwa się na tępo torebkę tłuszczową i chwyta się kleszczami torebkę właściwą nerki, nacina się tą torebkę i palcem łatwo odłuszcza się torebkę od nerki, aż do jej wnęki. Zupełne odsłonięcie torebki albo jej wycięcie jest zbyteczne, gdyż idzie tu tylko o uwolnienie nerki z pod ucisku torebki podczas ostrego jej zapalenia; pożądane jest przywrócenie w następstwie stosunków możliwie prawidłowych. Jedynie w zapaleniu przewlekłem nerki może mieć znaczenie utworzenie nowych połączeń naczyniowych między obnażoną powierzchnią nerki a tkankami sąsiedniemi.

Po odłuszczeniu torebki można ranę bez skrupułów zaszyć zupełnie, jeśli niema krwawienia z nerki. Jeśli z miąższu nerkowego krwawi, to zakłada się pas gazy między torebkę i nerkę. Stosownie do łatwiejszego lub trudniejszego dostępu do nerki i mniejszej lub większej grubości powłok brzusznych i ich ukrwienia operacya na jednej nerce trwać może od 5 do 15 minut.

(*Gynaekologische Rundschau 1909. z. I.*).

M. ZWEJGBAUM.

J. Wernitz. *O leczeniu ciąży pozamacicznej.*

Leczenie ciąży pozamacicznej nie może być ustanowione zasadniczo dla wszystkich przypadków, a podlegać musi indywidualizacji. Że leczenie wyczekujące ma swoją rację bytu, tego dowodzą doświadczenia lat dawniejszych. Obecnie, gdy rozpoznanie stało się łatwiejszem, wielu ginekologów staje na gruncie operacyjnym i żąda operacji dla każdego przypadku, opierajac się głównie na tych spostrzeżeniach, gdzie chora taka zmarła podczas przygotowań do operacji. Wygłaszają oni zdanie, że ciąża pozamaciczna kończy się przeważnie śmiercią w przypadkach wyczekująco, a nie operacyjnie leczonych. Wernitz jest zdania, że w wielu z tych przypadków śmierć następuje nie dla tego, że nie operowano, lecz z powodu nieodpowiedniego leczenia, a głównie polipragmazji. Starczy przytoczyć starania zrobienia ścisłego rozpoznania pomiędzy poronieniem jajowodowem i pęknięciem jajowodu jako przyczynę, dalej starania wszelkimi możliwymi sposobami zwalczyć upadek sił serca przez analeptica, środki pobudzające, wewnątrzżylne i podskórne wstrzykiwania, zwalczanie zemdlenia, tak zwaną autotransfuzję przez uniesienie kończyn ku górze etc. Wszystkie te środki raczej przyczyniają się do dalszego trwania i odnowienia krawienia, które już się zatamowało. Nie można dziwić się, że po takiem leczeniu liczba przypadków śmierci powiększała się, podczas gdy dawniej przypadki śmierci należały do rzadkości. Pytanie, czy operować, czy nie, rozstrzyga głównie okres ciąży pozamacicznej, a nie obfitość wylewu krwi do jamy brzusznej. Największe wylewy krwi nieraz bardzo szybko wchłaniają się, natomiast ważne mają znaczenie części jaja: płód, łożysko, błony etc. pod względem możliwej ich rezorpcji. Gdy ciąża pozamaciczna dotarła już do sześciu tygodni, lepiej produkt jej usunąć, ponieważ produkt ciąży wtedy już trudniej ulega wchłonieniu, a pozostając w ustroju może w następstwie wywołać najróżniejsze powikłania, nawet po wielu latach, niebezpieczne np. w razie przepęknięcia się płodu do światła kiszki, do pęcherza mocz. etc. Zasadą więc powinno być usuwać produkt ciąży, gdy ciąża już dotarła 6 tygodni. Inaczej stoi sprawa co do krwawienia wewnętrznego: aż do 6 tygodnia ciąży krew może wsysać się i wyniki wyczekującego leczenia bywają bynajmniej nie gorsze od leczenia operacyjnego, dalej leczenie wyczekujące jest zachowawcze, a operacja usuwa jajowód, więc niszczy. Jeśli i w takich przypadkach świeżej ciąży ektopicznej dziś przeważnie operują, polega to po pierwsze na znacznem skróceniu czasu leczenia, a dalej na dobrych wynikach aseptycznych laparotomij. Lecz operacje takie pozwolone są tylko wtedy, gdy zagwarantowaną jest aseptyka, ponieważ operacja czyli leczenie nie powinna być niebezpieczniejszą od samej choroby. W każdym razie zbyt wielki pośpiech z operacją zasługuje na naganę ponieważ przy właściwem za-

chowaniu się zawsze znajdzie się dosyć czasu dla gruntownego przygotowania operacji. Rozpatrzmy, pisze Wernitz, co dzieje się w krwotoku wewnętrznym: Gdy krwawi tętnica, ciśnienie krwi powoli zmniejsza się, napięcie tętnic zmniejsza się, tętnice kurczą się, i zwężają się tak znacznie, że mniejsze tętnice prędko przestają krwawić. Ciśnienie krwi staje się coraz słabszem. Gdy zbyt mało krwi dopływa do mózgu, następuje omdlenie, czynność serca chwilowo ustaje, a wtedy w naczyniach powstają zakrzepy, zamykające ich światło. Słabe ciśnienie krwi w zemdleniu właśnie sprzyja zatkaniu się naczyń krwawiących. Skrzep taki powoli staje się silniejszym, odporniejszym, i ostatecznie zamyka światło naczynia: takim jest naturalny przebieg samoistnego leczenia przyrody. Przebiegowi tego samoistnego leczenia nie wolno przeszkadzać przez stosowanie analeptyków, które wzmagają ciśnienie krwi.

Pobudzając czynność serca, utrudnia się przez to powstanie trombozy naczyń, a przez to powiększa się krwawienie. Przy sztucznem podniesieniu czynności serca i w zmożonem ciśnieniu krwi tylko co powstały zakrzep zostaje z naczynia wypędzony i krwawienie powstaje na nowo. Następnie ciśnienie krwi ponownie się zmniejsza i ponownie powstaje trombus, przy ponownem stosowaniu wżmożenia czynności serca znów zakrzep zostaje wypędzonym z naczynia i znów krwawienie się wznawia. Powtarza się to za każdem ponownem stosowaniem analeptyków, zamiast zmniejszyć krwawienie przyczyniają się one tylko do odnowienia zatem do powiększenia utraty krwi.

Gdy liczba ciałek krwi czerwonych upadła poniżej normy, potrzebnej dla życia, śmierć musi nastąpić; lecz następuje nie wskutek słabego napełnienia naczyń krwią, a wskutek za małej liczby ciałek krwi czerwonych. Krwotok pierwotny do tego nie doprowadza, lecz doprowadzają krwotoki, które powtarzają się, przyczem owe wtórne krwawienia nawet nie potrzebują być bardzo obfite; wszelkie środki analeptyczne, środki pobudzające, wstrzykiwania podskórne, wewnątrzżylne powinny być stosowane dopiero wtedy, gdy krwawienie już ustało, gdy tromboza naczyń już powstała. Nie wolno stosować tych środków wtedy, gdy jeszcze grozi ponowne krwawienie.

W krwawieniu wewnętrznem, dla opanowania którego nie posiadamy środków bezpośrednich, pierwszym warunkiem leczenia jest zachowanie bezwzględnego spokoju zarówno cielesnego jak i psychicznego. Każde poruszenie ciała, każdy impuls woli wzmaga czynność serca, a więc i krwawienie. Środkami dla osiągniecia tego absolutnego spokoju i usuwające zarazem bóle są *opium* i *morfina*.

Morfina najwięcej przyczynia się do zaprzestania krwawienia. Gdy potrzeba zajdzie, można chorą i kilka dni utrzymać w takiej narkozie.

Właśnie przeciw temu zasadniczemu żądaniu w praktyce bardzo często grzeszą i laik i lekarz. Trudną jest walka z tą polipragmazją dziś utartą per abusum. Podczas gdy pierwotne krwawienie życiu nie zagraża, o ile analeptica nie wzmogą krwawienia, to krwawienia wtórne mają poważniejsze znaczenie. Czasami zachodzi tylko jedno krwawienie, krew się albo prędko wsysa albo krzepnie, wytwarzając guzy, wsysające się później, przyczem zjawia się nieraz podniesienie ciepłoty, nie mające nic wspólnego z zakażeniem jakiemkolwiek, a polegające na wsysaniu krwi. Inaczej, gdy następnego dnia nastąpi nowa zapaść, gdy krwawienie się odnowi; wtedy wypada operować. Jak nieznacznem bywa krwawienie przy stosowaniu morfiny, o tem każdy operator naocznie przekonać się mógł nieraz, gdy operował na 4 lub 5 dzień po krwawieniu, po zapaści. Znajdywano bardzo mało krwi w jamie brzusznej, pomimo, że istniało pęknięcie jajowodu z zatrzymaniem jaja w pękniętym jajowodzie, a są to właśnie warunki dla krwawienia najobfitszego. Morfina powstrzymuje skurcze jajowodów, a właśnie nastawanie i zaprzestanie skurczów najwięcej przyczynia się do znaczniejszego krwawienia. Gdy uda się na dłuższy czas wyłączyć skurcze jajowodu, thrombus prędzej się wytwarza i konsoliduje tak samo, jak wypada unikać środków pobudzających i analeptycznych przy trwającem jeszcze lub tylko co zatrzymanem krwawieniu, tak samo wypada unikać każdego gruntowniejszego badania ręcznego. Lekarz niedoświadczony na badaniu takiem nie wiele skorzysta, a chorej może ogromnie zaszkodzić. Wernitz jako dowód nieodpowiedniego postępowania lekarza przytacza dwa przykłady.

Takie przypadki są, podług Wernitza przykładami działania niewłaściwego traktowania sprawy chorobowej: w pierwszym przypadku chora zmarła wskutek niewłaściwego pobudzania ponownego krwawienia przez niewłaściwe stosowanie środków analeptycznych, w drugim przypadku niepotrzebne i wprost szkodliwe badanie lekarskie wywołało coraz to nowe krwawienia. Pierwotne krwawienie trwało dwa dni, lecz chorej nie zabiło, a dopiero krwawienie wywołane nieumiejętnem, niepotrzebnem forsownem badaniem chorej przez kilku nawet lekarzy.

Wernitz twierdzi, że nie obfitość pierwotnego krwawienia w tych przypadkach jest miarodajną, ponieważ i wielkie wylewy krwi szybko się wsysają. Badania doświadczalne na zwierzętach dowodzą, że bardzo wielkie wylewy krwi, bardzo znaczne masy wyjałowionej krwi, wprowadzone do jamy brzusznej zwierzęcia wsysają się już podczas upływu dwu do trzech dni i giną bez śladu. Liczne laparotomje dowodzą, że i wielkie guzy krwiste giną na drodze wsysania w przeciągu trzech do czterech tygodni.

Po abortus tubarius lub też ruptura tubae gravidae płód nie zawsze obumiera, a nieraz wpada do jamy brzusznej i tam

rozwija się dalej, lub też w jajowodzie pękniętym. W trzech takich przypadkach chora zapisała się do szpitala z wielkim krwistekiem, przewyższającym pępek i guzy te szybko się zmniejszały aż do pozostania guza niewielkiego, zawierającego obumarły lub też dalej rozwijający się płód. Przy laparotomji wtedy dokonanej można było przekonać się o wessaniu się zupełnem krwisteku dawniejszego: nie pozostały po nim nawet ślady zrostów jakichkolwiek, w dwóch przypadkach znaleziono trzy lub trzy i półmiesięczny płód żywy, dalej rozwijający się w worku płodowym, w trzecim przypadku znaleziono resztki obumarłego płodu, lecz produkty wylewu krwi zginęły. Doświadczenia te dowodzą, że w krwotokach podczas czwartego do szóstego tygodnia ciąży pozamacicznej można trzymać się leczenia wyczekującego i że leczenie wtedy trwa wiele dłużej, niż po terapji operacyjnej. Lecz tak szybkie wsysanie wylewu krwi ma miejsce tylko wtedy, gdy wylew krwi pozostaje jałowy. Gdy tylko wystąpią objawy rozkładu krwisteku, wsysanie jest utrudnione i rezorpcja staje się niemożliwą. Przebieg ciepłoty ciała zdradza stan taki.

Rezorpcja wylanej krwi rozpoczyna się natychmiast po wylewie krwi i wtedy, czyli w samym początku, bywa największa, gdyż wylew krwi najwięcej styka się z powierzchnią otrzewnej. Gdy już utworzyło się haematocele, zetknięcie się wylewu krwi z otrzewną już jest o wiele mniejsze. Przekonano się w przypadkach laparotomji, dokonanej pierwszego lub drugiego dnia po pierwotnym wylewie krwi, że wylew krwi był o wiele większy niż w przypadkach, gdzie operowano dopiero czwartego lub piątego dnia, pomimo, że chodziło o identyczne uszkodzenia bądź w *ruptura tubae gravidae* bądź *sub abortu tubario*. Można było w tych przypadkach przekonać się o działaniu hemostatycznem morfiny — płód tamponował otwór w jajowodzie.

Wiemy z przebiegu zwyczajnych poronień, że ile razy część jaja lub płodu już leży w szyi macicy lub pochwie, a część jeszcze tkwi w macicy, tam jeszcze umiejscowiona, krwawienia bywają bardzo silne, a nawet śmiertelne. Część już wydzielona oraz skrzepy krwi działają jako *corpus alienum* i wywołują coraz to nowe skurcze macicy, lecz jajo nie oddziela się doszczętnie od ściany macicy: wtedy bóle ustają, następuje paraliż ścian macicy i krwawienie wzmaga się, dopuki zebrana ponownie krew nie wywoła ponownego skurczu macicy i wypędzi pozostałości jaja z macicy. Proces ten powtarza się tak długo, dopóki macica nie będzie opróżniona. Krwawienie powtarza się dopóki nie ustąpi zmiana pomiędzy skurczem a ustąpieniem skurczu macicznego czyli bezwładem jej. Wypada zatem, jeśli nie możemy usunąć stucznie pozostałych w macicy części jaja płodowego, zapobiedź ponownym skurczom macicy przez stosowanie morfiny lub opium. Przy *ruptura tubae gravidae* wypada

zatem wszelkimi sposobami zapobiegać ponownym skurczom jajowodu, ponieważ skurcze te przyczyniają się tylko do ponownych krwawień i do powiększenia rany pęknięcia jajowodu ciężarnego. Gdy ostatecznie jeszcze nastąpi wypędzenie jaja przez miejsce pęknięcia lub *sub abortu tubario*, część naczyń przerwanych będzie już miała światło zamknięte oraz ścisłość połączenia jaja z podłożem jajowodu nie będzie już tak wielka. Przy poronieniu z jajowodu krwawienie będzie również mniejsze, gdy poronienie to będzie już przez dłuższy czas przygotowane.

Wernitz w leczeniu krwawień wewnętrznych w ciąży pozamacicznej zaleca następujące prawidła:

W krwawieniu świeżem: bezwzględny spokój, morfinę lub opium, unikanie stosowania jakichkolwiek środków pobudzających, analeptycznych oraz każdego badania organów rodnych przez lekarza niekompetentnego.

Skoro zapaść minęła: w ciąży pozamacicznej do 6 — 7 tygodnia wyczekiwanie, a tylko wobec groźnych objawów natychmiastową interwencję operacyjną.

Gdy ciąża pozamaciczna przekroczyła 7—8 tygodni, Wernitz zaleca operację, zanim wytworzy się haematocele retrouterina a gdy takowa już się wytworzyła, radzi on czekać i dokonać interwencji chirurgicznej dopiero przy odpowiedniem wzkazaniu. Gdy zaszło zakażenie zawartości, doszczętne usunięcie worka daje zanadto wielkie ryzyko, wtedy nacięcie bądź górne bądź dolne daje stosunkowo dobre wyniki, chociaż kuracja trwa cokolwiek długo. Przy dobrych warunkach i dobrej asystencji nawet doszczętne usunięcie worka daje wynik pomyślny, lecz lepszem będzie rokowanie leczenia na drodze nacięcia, jak w traktowaniu ropnia.

Rozpoznanie wczesnych okresów ciąży ektopicznej nie jest bynajmniej łatwe: punkcja próbna nieraz kwestję wyjaśnia. Wernitz przypuszcza, że częstość ektopicznej ciąży jest jeszcze większa, niż dziś ogólnie przypuszczają autorowie, że nieraz w praktyce napotyka się takie przypadki, jakich on widział trzy: u kobiety zdrowej w dwa lub trzy tygodnie po normalnej miesiączce bez gorączki, zaburzeń jakichkolwiek etc. znajdujemy nagle guz wielkości małej śliwki przy boku macicy, mianowicie w jajowodzie. Zjawiają się wtedy wydzieliny krwawe, trwające dni kilka. Po 7 — 10 dniach wszystkie te objawy giną i po trzech tygodniach występuje normalny perjod. Sama chora nie zauważyła żadnych zmian w samopoczuciu prócz chwilowego nabrzmiewania sutek przez kilka dni. Przypadki takie bardzo wcześnie przerwanej ciąży pozamacicznej, podług Wernitz'a, mają być dosyć pospolite, pomimo że są nieznane, ponieważ za mało na takie objawy zwracano uwagi dotychczas! Z drugiej strony

liczne przypadki takiej bardzo wcześnie przerwanej ciąży ektopicznej nawołują do tego, aby nie przesadzać w leczeniu operacyjnem.

(Gynaekologische Rundschau, 1909 z. VIII).

FR. NEUGEBAUER

E. Puppel. *Powtórna ciąża jajowodowa.*

Przyczyną powtórnej ciąży jajowodowej są zrosty jajowodu, bez względu na pochodzenie tychże. Twierdzenie to popiera P. opisem dwóch przypadków.

W pierwszym — po otwarciu jamy brzusznej znaleziono mocne obustronne zrosty przydatków; lewy ciężarny jajowód wraz z jajnikiem wyłuszczono. Po trzech latach ta sama chora była operowana z powodu ciąży jajowodowej prawostronnej. Podczas laparotomii, dokonanej w drugim przypadku, znaleziono olbrzymi krwistek okołojajowodowy.

Okoliczność ta zmusiła, po wycięciu ciężarnego jajowodu, do sączkowania jamy brzusznej przez pochwę. Po siedmiu latach powtórna laparotomia, z powodu ciąży w pozostałym jajowodzie. Przeciwko przyjęciu wady rozwojowej jajowodów przemawia w opisanych przypadkach okoliczność, że pierwsza chora urodziła prawidłowo 2 razy, druga 1 raz.

W obu przypadkach jest również wyłączone przypuszczenie Hofmeier'a „o zewnętrznej wędrówce jaja", gdyż u pierwszej chorej wraz z jajowodem był wyłuszczony jajnik, u drugiej zaś ciało żółte znaleziono na stronie ciężarnego jajowodu. Pośrednie poparcie swego twierdzenia widzi autor w innych dwóch operowanych przez siebie przypadkach ciąży jajowodowej bez zrostów, z przebiegiem pooperacyjnym bez gorączki; po tych operacyach nastąpiła ciąża prawidłowa.

Co do wskazówek praktycznych, dających się wysnuć ze wspomnianych faktów, uważa P. za konieczne każdorazowe obustronne zbadanie jajowodów, oraz usunięcie ich w razie istnienia zrostów, dużego krwisteku, lub w razie konieczności sączkowania miednicy. Zabiegi powyższe najłatwiej dają się uskutecznić drogą cięcia brzusznego.

(Monatsschrift f. Geburtsh. und Gynoek. 1909. Marzec*).*

M. KASPEROWICZOWA.

Luère. *Gruźlica gruczołu przedsionkowego.*

Gruźlica gruczołu przedsionkowego, zaliczana obecnie do bardzo rzadkich zjawisk, w rzeczywistości napotykałaby się częściej, o ileby każdy gruczoł, wyłuszczony z powodu przewlekłego stanu zapalnego, był badany mikroskopowo. — Autor spostrzegał dwa przypadki gruźlicy gruczołu przedsionkowego.— 1) Chora lat 23 wyniszczona, ze zmianami gruźliczemi w pra-

wym wierzchołku płuc, zwróciła się do lekarza z powodu bolesnego obrzmienia gruczołów pachwinowych. Badaniem stwierdzono przetokę, znajdującą się w okolicy odbytu, oraz owrzodzenie małej wargi, o wyglądzie swoistym gruźliczym. Pod owrzodzeniem, niezależnie od niego, w miąższu małej wargi wyczuwał się guzek wielkości orzecha, odpowiadający umiejscowieniu gruczołu przedsionkowego. Badanie wydzieliny owrzodzenia stwierdziło obecność laseczników Koch'a, laseczników Ducrey nie znaleziono. — Zbadanie wyłuszczonego guzka mikroskopem wykazało, że gruczoł przedsionkowy zwyrodniał gruźliczo, przyczem nacieczenia swoiste były umiejscowione dokoła zrazików gruczołu oraz naczyń krwionośnych. W gruczołach pachwinowych dały się również stwierdzić zmiany gruźlicze. — Czy pierwotnem gniazdem zakażenia był gruczoł przedsionkowy, czy też owrzodzenie małej wargi lub przetoka? Zdaniem autora, umiejscowienie zmian gruźliczych dokoła naczyń i zrazików przemawia na korzyść zakażenia drogą krwionośną przez gruczoł przedsionkowy. Przypuszczenie to popiera poniekąd i udział w sprawie gruźliczej gruczołów pachwinowych, co rzadko zdarza się w gruźlicy sromu. Drugi przypadek potwierdza również ten pogląd. Chora lat 40, która przed 18 miesiącami przebyła wycięcie macicy drogą brzuszną, z powodu raka szyi macicznej, zwróciła się do lekarza z powodu guza wargi wielkiej. W wielkiej wardze twardy guzek niebolesny. Po wyłuszczeniu guzka, badanie drobnowidzowe tegoż stwierdziło budowę gruczołu przedsionkowego, miejscami nacieczenia drobnokomórkowe z komórkami olrzymiemi oraz lasecznikami Koch'a, ugrupowane dokoła zrazików gruczołu oraz naczyń krwionośnych. Siedlisko zmian gruźliczych i w tym przypadku potwierdza szerzenie się zakażenia drogą naczyń krwionośnych. Zapalenie gruczołu przedsionkowego pochodzenia zewnętrzego umiejscawia się pierwotnie w nabłonku kanałów wydzielniczych, lub też w ich okolicy, dopiero potem przenosi się wgłąb na zraziki gruczołu.

(Annales de Gynecologie 1909 № 2).

M. KASPEROWICZOWA.

J. Leyberg. *O zastosowaniu przekrwienia zastoinowego w leczeniu rzeżączki szyi macicznej.*

Leczenie z pomocą przekrwienia zastoinowego było stosowane w ginekologji w chorobach trzonu macicy i w chorobach przydatków, lecz nie dawało nigdy jakichkolwiek dodatnich wyników. Co do trzonu macicy, badania wykonywano na wyciętej mecicy, która przed wycięciem poddana była działaniu bańki Bier'a; dowiodły one, że przyrząd ssący, stosowany na część pochwową, na trzon macicy bynajmniej nie działa; zostaje

tenże przez cały czas ssania wolny od przekrwienia. Co do przydadków działanie bańki w przypadkach przewlekłych było stale bezskuteczne, a w ostrych nawet szkodliwe, gdyż skurcze macicy i podrażnienie przymacicza wywoływały zaostrzenie sprawy.

W leczeniu przekrwieniem zastoinowem szyi macicznej warunki są o tyle korzystniejsze, że szyja cała bezpośrednio podlega działaniu ssącemu bańki. Autor stosował leczenie w nieżycie szyi rzeżączkowym. Jakkolwiek przekrwienie działa zabójczo na rozmaite drobnoustroje chorobotwórcze, w rzeżączce szyi nie jest w stanie wytępić zarazków rzeżączkowych; w krótkim czasie po leczeniu następują nawroty. O wiele korzystniej przedstawia się leczenie przekrwieniem zastoinowem, połączone z następczem stosowaniem zwykłych środków przeciwrzeżączkowych. Działanie leczenia polega na ssącem działaniu bańki, które oczyszcza śluzówkę szyi od przylegającego do niej śluzu i czyni ją dostępną dla działania środków przeciwrzeżączkowych.

Autor leczył tym sposobem szereg przypadków i nawet w bardzo zadawnionych i bardzo uporczywych, w których długotrwałe leczenie zgłębnikiem Playfair'a nie dawało żadnych wyników, udawało mu się względnie prędko osiągać całkowite wyleczenie. Przyrząd ssący stosował 2 razy dziennie po $\frac{1}{2}$ godziny z przerwami pięciominutowemi co 10 minut; po zdjęciu bańki przyżegał śluzówkę kanału szyi 5% roztworem protargolu. Najdalej po 10 dniach śluz kanału szyi stawał się wolnym od gonokoków.

(Medycyna i Kronika lekarska №№ 10 i 11 r. 1909).

SOLONOWICZ.

Violet et **Chalier.** *Przeżarcie ściany pęcherza moczowego przez ropniaki jajowodów pochodzenia gruźliczego.*

Autorzy opisują 3 przypadki ropni jajowodu, drążących do pęcherza moczowego, pochodzenia gruźliczego.

Otwór pęcherza moczowego może tu być dość szeroki, objętości wskaziciela, lub też tak nieznaczny i ukryty pośród zgrubień otrzewnej miedniczej, że nie można go w czasie operacji odszukać. Zrosty otrzewnej, obrzmienie i zrosty przydatków są to zwykłe zmiany, spostrzegane w rozległych zapaleniach w miednicy i na pierwszy rzut oka nie przedstawiają się one, jako gruźlicze. Dopiero badanie mikroskopowe usuniętych części wykazuje ich właściwą naturę. W jednym przypadku dno pęcherza mocz. pozbawione było otrzewnej i pokryte gąbczastemi naroślamy z ziarniny. W innym znów przypadku same brzegi otworu pęcherza mocz. były miejscem największych zmian gruźliczych, śluzówka zaś pęcherza, którą poprzez szeroki otwór można było obejrzeć, była prawidłowa. Spostrzeżenie

to upoważnia do wnioskowania, że zajęcie pęcherza gruźlicą było sprawą wtórną, idącą z otrzewnej w kierunku śluzówki

Na zasadzie swych spostrzeżeń autorzy zaznaczają możliwość powstawania tego rodzaju przetok pęcherza mocz. w dwojaki sposób. 1) Chorobowo zmieniony jajowód przyrasta do pęcherza mocz., i w tym przypadku mamy, ściśle mówiąc, przetokę jajowodowo-pęcherzową. 2) W zależności od sprawy gruźliczej przydadków występuje gruźlica otrzewnej w miednicy z wytworzeniem gniazd, zawierających zserowaciałe masy lub ropę; przeżarcie ściany pęcherza mocz. następuje w sąsiedztwie tych gniazd, tworzy się zatem przetoka otrzewnowo-pęcherzowa, wszalako z punktem wyjścia sprawy z jajowodów.

Sprawa tego rodzaju przeżarcia pęcherza ma zwykle przebieg przewlekły, przejawia się tylko obecnością ropy w moczu, o czem chore zresztą wcale nie wiedzą, i co dopiero badaniem zostaje stwierdzone. Wypływ ropy przez cewnik, założony do pęcherza, na skutek uciskania guza brzucha, autorzy uważają za charakterystyczne dla przetoki jajowodowo-pęcherzowej pochodzenia gruźliczego. W celu rozpoznawczym autorzy uważają cystoskopię za bardzo pożyteczną. Przedziurawienie tego organu, znajdujące się w miejscu dostępnem, przedstawia się w postaci otworu ciemnego, nierównego, wcale nie podobnego do wylotów moczowodowych. Uciskając na guzy zapalne brzucha można zauważyć sączącą z takiego otworu ropę; przeciwnie w przypadku umiejscowienia otworu pod fałdą pęcherza wziernik stwierdzi, że ropa nie wypływa z moczowodów i pokaże pomimo obecności ropy w pęcherzu brak zapalenia śluzówki pęcherza; wreszcie tą drogą można rozpoznać gruźlicę błony śluzowej pęcherza.

Obecność w moczu dużej ilości ropy, wobec braku objawów zapalenia pęcherza, wskazuje na zewnątrz-pęcherzowe pochodzenie ropy. W przypadku, gdzie wziernikowanie nie udowodni nerkowego pochodzenia ropy, należy przypuszczać opróżnienie do pęcherza moczowego ropnia miednicy. Chore w spostrzeganych przypadkach przedstawiały się nie jako obarczone chorobą dróg moczowych, lecz jako cierpiące na chorobę brzuszną. Zapalenie jajowodów występowało na pierwszy plan, obecność zaś ropy w moczu stanowiła objaw dodatkowy. Okoliczność ta ma ważne znaczenie praktyczne tak co do rozpoznania choroby, jak i co do wskazań leczniczych.

Określenie natury ropienia napotyka duże trudności. Wiemy, jak trudno jest wykryć obecność laseczników gruźliczych w moczu z pomocą badania mikroskopowego.

Pozostaje szczepienie moczu śwince morskiej. Metoda ta jest rzeczywiście najpewniejsza, lecz tą drogą otrzymujemy odpowiedź bardzo późno. Zresztą o ile szczepienie dodatnie

stwierdza gruźlicę, szczepienie ujemne nie jest dowodem, stanowczo wyłączającym gruźlicę. Stąd wniosek, że samo opróżnienie samoistne do pęcherza ropni gruźliczych pochodzenia jajowodowego może tylko w bardzo rzadkich przypadkach dopomódz do rozpoznania istoty sprawy zapalnej.

Co się tyczy rokowania, trudno określić, czy i w jakim stopniu przeżarcie pęcherza uważać należy za okoliczność pogarszającą, czy polepszającą sprawę. Zdaje się, że przetoka pozostanie tak długo, dopóki będzie istniała sprawa gruźlicza w przydatkach, narażając chorą na zakażenie wtórne dalszych dróg moczowych. Jeżeli dla większości zapaleń ropnych miednicy przeżarcie ściany pęcherza moczow. stanowi do pewnego stopnia wyzdrowienie i w każdym razie wskazane tam jest wyczekiwanie przynajmniej czasowe, nie można tego powiedzieć o gruźlicy organów płciowych. Przedziurawienie pęcherza nie przedstawia tu pożądanego opróżnienia ropnia, lecz jest, przeciwnie, wyrazem stopniowego dalszego zakażenia, a więc jest wskazaniem do zabiegu, polegającego na usunięciu przyczyny przetoki. Wykonywane dawniej w takich przypadkach wycięcie macicy pochwowe jest zabiegiem niedostatecznym, niebezpiecznym. Również jest niedostateczne samo tylko przesączkowanie jamy otrzewnej. Jedynie wskazane jest wycięcie macicy brzuszne doszczętne z sączkowaniem pochwowem i zaszyciem zupełnem ściany brzucha. W trudniejszych przypadkach można zastosować rozpołowienie macicy, lub poprzestać, gdy macica jest zdrowa, na amputacji nadpochwowej. Co do otworu pęcherza mocz., to w razie nieodszukania tegoż najlepiej jest zostawić go w spokoju, pozostawiając go możliwie pozaotrzewnowo. Mając zaś otwór, trzeba zrobić szerokie wycięcie podejrzanych tkanek i zaszyć następnie ranę pęcherza mocz. szwem strunowym dwu, lub trzypiętrowym.

(Revué de gynecol. et de chir. abdom. 1909 № 1).

STANISŁAW NAWROCKI.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 10 Września 1908 r.

1. *Borzymowski.* Nowy przypadek rany serca, zaszytej z zejściem pomyślnem.
2. *Jankowski.* Przypadek zwężenia przymiotowego Sromani.
3. *Jankowski.* Tętniak tętnicy szyjowej wewnętrznej.
4. *Leśniowski.* O kamieniach w moczowodach (odczyt).

1. *Borzymowski* przedstawił chorego w wieku lat 17, któremu 6-go Czerwca r. b. zeszył dwie drążące rany prawej komory.

Operacya była wykonana bez chloroformu, według sposobu, ogłoszonego przez *Borzymowskiego* w 1904 r., z pewnemi modyfikacyami w sposób następujący: 1) wyrezekowano chrząstkę 5-go lewego żebra; 2) odłuszczono od mostka osierdzie i brzegi jednej i drugiej opłucnej; 3) wyrezekowano lewą połowę mostka od 3-go do 5-go żebra i chrząstki 3-go i 4 go żebra; 4) rozcięto osierdzie i zaszyto pięcioma węzełkowymi szwami jedwabnymi dwie drążące rany prawej komory; 5) obszyto osierdziem obie rany na sercu; 6) dolną część osierdzia zszyto ze skórą, a pod serce włożono 2 paski gazy jodoformowej. Pod koniec operacyi wystąpiła ostra odma podskórna na szyi i twarzy, która jednak w parę dni przeszła.

Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy, bez powikłań ze strony płuc i opłucnej i wogóle bez cierpień; chory dobrze jadł, na nic nie narzekał, i stale robił wrażenie lekko chorego.

Zaczął chodzić w 3 tygodnie po operacyi, tampony zaś z pod serca udało się z wielką trudnością usunąć dopiero w 6-ym tygodniu po operacyi.

Obecnie chory czuje się zupełnie zdrowym, może bez zmęczenia chodzić po piętrach i pracować; po wejściu jednak na 3-cie piętro tętno ma 120.

[Autoreferat].

W dyskusyi *Karczewski* przypomina, iż przed 2-ma laty przedstawiał podobny przypadek, przyczem zastosował sposób podobny do opisanego przez B., z tą jednak różnicą, iż nie obszywał osierdzia wokoło rany mięśnia sercowego. Sączkowanie osierdzia—wobec obawy następstw zakażenia, idącego z rany, jest rzeczą konieczną. Jednak wprowadzanie do osierdzia pasków gazy może być złe z tego względu, że paski te mogą krępować ruchy serca; wobec tego może było by lepiej gazę zastąpić sączkiem.

Borzymowski odpowiada, że wprowadzony do osierdzia dren musiałby ułożyć się w ten sposób, że jego koniec zewnętrzny znajdowałby się wyżej, niż koniec wewnętrzny, w osierdziu leżący W tem położeniu sączek nie mógłby dobrze swego zadania spełniać, wskutek czego B. przekłada sączkowanie zapomocą pasków gazy. Co się zaś tyczy możności omotania gazy wokoło serca, to należy pamiętać, iż bardzo prędko powstaje zlepne zapalenie osierdzia, które nie dopuszcza do wzmiankowanego omotania.

Oderfeld zapytuje, czy obszycie serca, jak to uczynił B., nie upośledza czynności tegoż serca.

Borzymowski odpowiada, iż w jego przypadku nie było takiego upośledzenia.

Orzeł sądzi, że B. nie miał w swym przypadku niedomogi serca z tego powodu, iż obszył serce w części górnej, a więc tam, gdzie ruchomość serca fizyologicznie jest nieznaczna. Przymocowanie samego wierzchołka niewątpliwie byłoby zgubne w następstwach.

2) *Jankowski* przedstawia preparat kiszki grubej ze *zwężeniem bliznowem* i całkowitem zamknięciem światła pochodzenia przymiotowego.—Mężczyzna 29-oletni, przechodził przymiot przed laty 5; pozatem czuł się zupełnie zdrowym. Na 2 miesiące przed jego przybyciem do szpitala wystąpiły bóle w dole biodrowym lewym, zjawiające się podczas oddawania stolca i wzmagające się stopniowo; raz jeden miał stolec krwawy. Na 6 dni przed wstąpieniem chorego do szpitala nagle wystąpiły objawy niedrożności: zatrzymanie stolca, wiatrów, ból w brzuchu całym, wzdęcie, mdłości. Wymiotów nie było, tętno dobre. J. wykonał w uśpieniu chloroformowem laparotomię w linii pośrodkowej i znalazł zwężenie bliznowe w odcinku dolnym esicy, w pobliżu jej przejścia w rzyć. Wydobycie kiszki nazewnątrz było trudne z powodu krótkości kreski w dolnym odcinku esicy (colon pelvinum). Wydobytą nazewnątrz pętlę esicy J. przedewszystkiem obszył na szerokiej przestrzeni otrzewną ścienną w dolnym kącie rany brzusznej; następnie ułożył równolegle do siebie obadwa ramiona pętli (ramię powyżej zwężenia i drugie poniżej tegoż), zczepił je kilkoma szwami surowicówkowymi, poczem wyciął część zwężoną. Teraz śluzówkę obu odcinków na części obwodu od strony kreski zeszył, światło zaś obu odcinków kiszki pozostawił otwarte. Ranę brzuszną powyżej wytworzonego w ten sposób odbytu sztucznego zamknął. Przebieg zupełnie pomyślny. Na przedstawionym preparacie kiszka na miejscu zwężenia, mającego kształt gwiazdzisty, przedstawia tylko bliznowe zwyrodnienie, które głównie zajmuje tkankę podśluzówkową, bez śladu owrzodzeń na śluzówce (sclérose hypertrophique sousmuqueuse stenotique autorów francuskich).

J. wypowiada się zasadniczo za postępowaniem dwuczasowem w przypadkach rezekcyi jelita grubego, zwłaszcza gdy ma się do czynienia z nieznacznym choćby stopniem niedowładu jelit *).

3) *Jankowski* przedstawia preparat *tętniaka t. szyjowej wewnętrznej* prawej zewnątrzczaszkowego, usuniętego przez operacyę. Chora 56-oletnia,

*) W 3 miesiące później J. zamknął odbyt sztuczny zapomocą zeszycia odcinków z wynikiem pomyślnym.

starozakonna zgłosiła się do ambulatoryum kol. Loguckiego z powodu guza łuku podniebiennego prawego, utrudniającego oddech, łykanie, a zwłaszcza mowę, nadto powodującego uczucie stałego tętnienia. Chora z objawami daleko posuniętej miażdżycy tętnic, tudzież z nader upośledzonem odżywianiem. Guz od strony gardzieli wyglądem zupełnie przypominał ropień okołomigdałkowy, od którego różnił się tętnieniem i brakiem bólu.

Okolica pozaszczękowa prawa wypełniona i wyraźnie tętniąca; granica dolna tętnienia rozlanego wyczuwała się na poziomie kąta żuchwy. J. wykonał operacyę w uśpieniu chloroformowem. Cięcie skórne poprowadzono łukowato od wyrostka sutkowego do kąta żuchwy, a stąd wzdłuż powierzchni przedniej m-li sterno-cleido-mastoidei; po dojściu do rozgałęzienia tętnicy szyjowej wspólnej znaleziono na t. szyjowej wewnętrznej, w odległości 4 cntm. od początku jej, granicę dolną tętniaka. J. podwiązał t. szyjową wewnętrzną tuż pod tętniakiem, poczem tętnienie w nim zaraz ustało; odseparował powierzchnię dolną, poczem ostrożnie, by nie otworzyć ścieńczałej śluzówki gardzieli, oddzielił od niej bez większych trudności ścianę tętniaka; najtrudniejszem stosunkowo było odseparowanie powierzchni tylnej ze względu na przebiegający wzdłuż niej nerw błędny. Postępując w ten sposób J. zdołał wyseparować tętniak, do granicy jednak górnej dojść nie mógł, gdyż tętniak wchodził do canalis caroticus, wobec czego podprowadził podeń przy samym can. caroticus grubą podwójną przewiązkę jedwabną, podwiązał worek i zrezekował go. Chora bezpośrednio po zabiegu czuła się osłabioną, objawów ze strony mózgowia nie miała żadnych. Na 3-ci dzień wystąpiła gorączka i objawy zapalenia płuc opadowego, na 4-ty zaś chora zmarła. Badanie pośmiertne nie wykryło zakrzepu lub zatoru w obrębie tętnicy operowanej, ani też uszkodzenia nerwa błędnego.

4) *Leśniowski* wypowiedział odczyt kliniczny na temat „O kamieniach w moczowodach". Odczyt ten będzie wydrukowany w „Przeglądzie Chirurgicznym i Ginekologicznym".

W dyskusyi nad odczytem kol. Leśniowskiego *Fryszman* podnosi ważne znaczenie cewnikowania moczowodów, jako zabiegu leczniczego w bezmoczu, spowodowanym zatkaniem moczowodu przez kamień.

Zabieg taki Fryszman zastosował z pomyślnym wynikiem w 2-ch przypadkach anuriae calculosae. Przypadek pierwszy dotyczył mężczyzny trzydziestokilkoletniego, u którego bezmocz trwał cztery doby. Z wywiadów i danych objektywnych rozpoznano zatkanie lewego moczowodu przez kamieni, odruchową nieczynność drugiej nerki. Po wprowadzeniu cewnika do lewego moczowodu napotkano w górnym odcinku tegoż przeszkodę, zależną od utkwienia tam konkrementu. Z pewnym wysiłkiem udało się przeszkodę usunąć, poczem przez cewnik zaczęła spływać uryna. Tym sposobem zebrano koło litra moczu, poczem cewnik usunięto. Chory w ciągu doby oddawał mocz, jak zwykle, poczem znowu wystąpił bezmocz. Dokonano tedy powtórnie kateteryzacyi lewego moczowodu. Po wprowadzeniu cewnika do moczowodu znowu napotkano przeszkodę w górnym odcinku, która tym razem nie dała sie usunąć. Wstrzyknięto tedy przez cewnik koło 10 grm. wyjałowionej glyceryny do moczowodu, poczem cewnik dał się przesunąć do miedniczki; niezwłocznie zaczął wypływać mocz. Wieczorem tegoż dnia

pacyent wraz z moczem oddał kamyk wielkości dużego grochu i odtąd uważał się za zdrowego. Drugi przypadek dotyczył czterdziestokilkoletniej panny, u której bezmocz trwał 5 dób. Chora dotknięta była ciężką wadą serca, która stanowiła poważne przeciwwskazanie do interwencyi chirurgicznej I w tym przypadku zapomocą kateteryzacyi moczowodu usunięto bezmocz i wywołano wydzielenie się kamienia.

W Lehrbuch für Cystoskopie Casper przytacza dwa przypadki podobne do wyżej opisanych, jeden własny a drugi Kolischera.

Zdaniem Fryszmana, należałoby w każdym przypadku bezmoczu, spowodowanego zatkaniem moczowodu przez kamień, zastosować w celach leczniczych cewnikowanie moczowodu i dopiero, o ileby zabieg ten nie doprowadził do celu, wykonać nephrotomię.

S. Grosglik omawia trudności dyagnostyczne, jakie zachodzą w przypadkach uwięźnienia kamienia w moczowodzie, i jest zdania, że trudności te bywają niekiedy nieprzezwyciężone z powodu, że objawy kliniczne, towarzyszące temu cierpieniu, nie dają się zazwyczaj odróżnić od objawów kamienia nerkowego. Jedynie tylko promienie Roentgena mogą wątpliwości rozproszyć, chociaż i ta metoda, zdaniem Grosglika, daje czasami wyniki niepewne. Natomiast mówca podnosi znaczenie cystoskopii w rozpoznawaniu kamieni, które utkwiły w końcu pęcherzowym moczowodu, i radzi, aby w każdym przypadku kolki nerkowej zbadano pęcherz zapomocą cystoskopu, a to w celu przekonania się o stanie odpowiedniej brodawki moczowodowej. Wiadomo bowiem, że w razie uwięźnienia kamienia w dolnym końcu moczowodu brodawka moczowodzowa przedstawia się w kształcie guza, sterczącego do jamy pęcherza z wylotem u wierzchołka, a niekiedy w wylocie tym widać odcinek uwięzionego tego kamienia. Te obrazy cystoskopowe, obok wysokiej wartości rozpoznawczej, mają nadto ogromne znaczenie prognostyczne, gdyż w większości przypadków bywają zwiastunem rychłego uwolnienia się kamienia z uwięzi i ewentualnego wydobycia nawewnątrz. Grosglik obserwował cały szereg podobnych przypadków, z tych zaś kilka szczególnie pouczających. Między innemi przytacza historyę choroby osobnika 28-letniego, który od trzech lat dotkięty był napadami kolki nerkowej *prawostronnej* i u którego bez widocznej przyczyny wystąpiło ostre zatrzymanie moczu. Ponieważ na prowincyi lekarzowi nie udało się wprowadzić cewnika do pęcherza, chory przyjechał do Warszawy, lecz i tu chirurg, do którego pacyent został skierowany, napotkał w głębi cewki nieprzezwyciężoną przeszkodę. Wykonał tedy punkcyę pęcherza i pozostawił rurkę na dni kilka. Dopiero po upływie tygodnia chirurg zdołał wprowadzić cewnik, który pozostawił na stałe, poczem rurka została usunięta. Z zagojeniem się jednak otworu nadłonowego wystąpiły nowe trudności w oddawaniu moczu, dla których przyczyny trudno było odnaleźć, gdyż gruczoł krokowy nie był powiększony, cewka była drożna, badanie zaś pęcherza zgłębnikiem metalowym nie wykryło obecności ciała obcego. Grosglik zbadał pęcherz cystoskopem i stwierdził, że błona śluzowa pęcherza szczególnych zmian nie przedstawia; natomiast w wylocie *lewego* moczowodu tkwił kamyk, którego odcinek wystawał swobodnie do jamy pęcherza. Aby uwolnić kamyk z uwięzi, G. zalecił przyjmowanie wielkiej ilości wody w nadziei, że pod ciśnie-

niem płynu kamyk zostanie wypchnięty do pęcherza. Jakoż już na trzeci dzień chory zgłosił się z kamykiem, który szczęśliwie odszedł; od tej chwili ustały wszelkie zaburzenia pęcherzowe. Ponowne badanie cystoskopem wykazało zupełnie prawidłowe stosunki w pęcherzu, dalsza zaś obserwacya przekonała, że kolka nerkowa, która kilka lat trapiła chorego, ustapiła bezpowrotnie, co G. miał sposobność stwierdzić po upływie 4-ch lat. Mówca zwraca uwagę na jednoczesne wystąpienie w tym przypadku dwóch bardzo rzadkich odruchów w obrębie dróg moczowych: 1⁰ t. zw. *refleksu reno-renalnego,* poraz pierwszy spostrzeganego i opisanego przez Guyon'a (nie zaś przez Israel'a, jak mylnie sądzi kol. Leśniowski) i polegającego na tem, że obecność kamienia w jednej nerce (w przypadku opisanym w lewej) sprowadza kolkę nerkową w drugiej (prawej), i 2⁰ *refleksu moczowodowo-pęcherzowego,* a właściwie *moczowodowo-cewkowego,* którego wyrazem było zjawisko, że uwięźnienie kamyka w wylocie moczowodu sprowadziło zupełne i długotrwałe zatrzymanie moczu w pęcherzu prawdopodobnie skutkiem uporczywego skurczu w części błoniastej cewki moczowej, skądinąd zupełnie drożnej. Jest to, zdaniem Grosglika, zjawisko dotychczas w literaturze nieopisane, a niewątpliwie zasługujące na uwagę jako jeden z rzadkich objawów uwięźnięnia kamienia w moczowodzie.

Dzięki częstemu stosowaniu cystoskopu w przypadkach kolki nerkowej mówca niejednokrotnie miał możność rokować rychłe przebicie się kamieni z moczowodu do pęcherza, które następnie spontaneo modo wydostawały się nazewnątrz z prądem moczu lub też podlegały skruszeniu z powodu zbyt długiego przebywania w pęcherzu, w którym sprawiały dolegliwości nie do zniesienia.

Obok cystostokopu doskonałe usługi oddaje niekiedy, mianowicie u kobiet z wiotkiemi ścianami brzusznemi, dwuręczne badanie per vaginam, przy którem można z wielką łatwością wymacać kamień, uwięziony w moczowodzie. Tą właśnie drogą udało się Grosglikowi przed niedawnym czasem postawić ścisłe rozpoznanie uwięźnienia kamienia w końcu pęcherzowym moczowodu u pacyentki kolegi J. Goldbauma, u której dokonane w kilka godzin później badanie cystoskopem wykazało charakterystyczne obrzmienie brodawki moczowodowej. W przypadku tym mówca miał zamiar poruszyć kamień za pomocą cewnika moczowodowego, lecz zanim przystąpił do tego zabiegu, kamień wyszedł dobrowolnie.

Te i tym podobne spostrzeżenia dowodzą, zdaniem Grosglika, wysokiej wartości badania cystoskopowego nawet w takich przypadkach, w których kamień siedzi w odcinku dróg moczowych, leżącym powyżej pęcherza, w których badanie mogłoby się pozornie wydawać zbytecznem.

Karczewski przypomina, że przy wysokiem umiejscowieniu kamienia można rozpoznać jego istnienie, wprowadzając zgłębnik woskowany, na którym pozostają ślady obtarcia kamienia. K. radby się poinformować, na ile metoda ta zastosowana przez Kelly'ego jest istotnie praktyczna:

Grosglik na zapytanie kolegi Karczewskiego odpowiada, że metoda Kelly'ego jest wogóle bardzo mało rozpowszechniona i może znaleźć zastosowanie wyłącznie u kobiet. Przy użyciu ogólnie rozpowszechnionych cystoskopów wyczuwanie kamienia w moczowodzie za pomocą zgłębnika ela-

stycznego jest, zdaniem Grosglika, bardzo trudne, a w każdym razie daje wyniki nie pewne.

Leśniowski zgadza się z Grosglikiem i Fryszmanem, że cystoskopować należy zawsze, ilekroć nastręczają się jakiekolwiek trudności rozpoznawcze. Co się tyczy kamieni, wysoko położonych, to niewątpliwie i przy pomocy cewnika elastycznego dają się one wyczuć. L. w ten sposób odkrył w jednym przypadku kamień, znajdujący się w miedniczce.

Posiedzenie dnia 8 października 1908 r.

1. *Łapiński W.* Pokaz gorsetu gipsowego przy skrzywieniu kręgosłupa.
2. *Łapiński W.* Pokaz opatrunku gipsowego po nastawieniu zwichnięcia wrodzonego w stawie biodrowym.
3. *Łapiński W.* Pokaz przyrządu do podtrzymywania miednicy przy nakładaniu na nią opatrunków gipsowych.
4. *Stankiewicz W.* Przypadek kamicy dróg żółciowych.
5. *Stankiewicz W.* Przypadek ropnia wątroby.
6. *Stankiewicz W.* Pokaz dziecka z częściowem zwichnięciem stawu kolanowego.
7. *Leśniowski.* Pokaz chorej z białaczką o wielkiej śledzionie.
8. *Wertheim.* Pokaz chorego z uszkodzeniem nerwu podjęzykowego wskutek rany kłutej szyi.
9. *Kryński.* Pokaz operacyjnie usuniętej nerki gruźliczej.
10. *Kryński.* Pokaz mięsaka szczęki górnej.
11. *Krauze.* Pokaz operacyjnie usuniętego tętniaka tętniczo-żylnego wielkich naczyń udowych.
12. *Gurbski.* Przyrząd wyciągowy automatyczny na udo.
13. *Leśniowski.* Pokaz operacyjnie usuniętej nerki i moczowodu, z tkwiącym w tymże kamieniem.
14. *Sawicki B.* Pokaz pętli jelita, usuniętej wskutek zwężenia gruźliczego.

1. *W. Łapiński* przedstawił 8-o letnią dziewczynę, dotkniętą ciężkiem bocznem skrzywieniem kręgosłupa w lewo *(Scoliosis dorsalis sinistroconvexa)* z następczem zniekształceniem żeber *(Torsio)*, której na przyrządzie Schanza (patrz posiedzenie z d. 14 maja 1908 r.), t. j. przy zastosowaniu wyciągu pionowego za głowę i za nogi nałożył gorset gipsowy; przed nałożeniem gorsetu za pomocą bandaża, okrążającego tułów w miejscu szczytu skrzywienia i przyciągniętego mocno do ramy przyrządu na stronie prawej, skrzywienie boczne w lewo przekształcono w skrzywienie boczne prawostronne i w tem położeniu *(hypercorrectio)* założono gorset z szelkami z mocnego bandaża, wgipsowanemi w tenże gorset, poczem wycięto duży otwór z przodu w okolicy brzucha i piersi. Gorset dziecko winno nosić parę miesięcy, poczem w miarę potrzeby otrzyma albo jeszcze jeden taki sam gorset, albo też gorset do zdejmowania; w ostatnim razie współrzędnie iść musi leczenie mechaniczne (gimnastyka ortopedyczna, miesienie).

Ł. uważa tę metodę leczenia za wskazaną, zwłaszcza w przypadkach ciężkich, całkowitych skrzywień kręgosłupa z przesunięciem się tułowia w bok.

2. *W. Łapiński* przedstawił 8-o letnią dziewczynkę, której przed tygodniem odprowadził zwichnienie wrodzone w lewym stawie biodrowym.

Ł. zwraca uwagę na pewne szczegóły techniczne odnośnie do ustalania świeżo odprowadzonego zwichnienia. Ł. dawniej, postępując według Lorenza, zakładał opatrunek gipsowy na miednicę i udo do kolana i pozwalał dzieciom chodzić; obecnie jednak w obawie przed możliwością przesunięcia się główki ku górze (*transpositio* a nie *repositio* w wyniku ostatecznym) lub nawet zwichnienia wtórnego (*reluxatio*), zajmuje w opatrunek, będąc w zgodzie z innymi chirurgami, i górną $^{1}/_{3}$ część goleni przy kolanie zgiętem pod kątem prostym; dzieci przez czas pierwszego opatrunku (przeciętnie 2 miesiące) nie powinny chodzić.

3. *W. Łapiński* przedstawił podpórkę miednicową Gochta do zakładania opatrunków gipsowych. Przyrząd składa się z 3-ch oddzielnych części połączonych śrubkami: 1-o pręt pionowy, który przymocowywa się do stołu; 2-o pręt poziomy, przesuwalny w kierunku pionowym na części pierwszej i wreszcie 3-o właściwa podpórka pod miednicę, umocowana na dolnym końcu pręta pionowego, połączonego z prętem poziomym.

Zalety przyrządu polegają na tem, że umożliwia on przesuwanie podpórki na boki (a zatem i podpieranie miednicy tak pośrodku jak i ze strony prawej lub lewej), oraz umieszczanie jej na dowolnej wysokości; dalej— podpórka w tym przyrządzie wisi na pręcie, idącym z góry (nie jest zaś — jak w innych przyrządach — dźwiganą na pręcie z dołu), co daje swobodny dostęp i umożliwia dokładne i szczelne zakładanie opasek gipsowych w okolicy pośladków i kości krzyżowej. Chorego po skończeniu opatrunku wraz z wgipsowaną podpórką (3-cia część przyrządu) zdejmuje się z pozostałych części przyrządu, poczem podpórkę wyjmuje się przez wycięcie otworu w opatrunku gipsowym.

4. *W. Stankiewicz* przedstawia kobietę, lat 38, która przed 3 miesiącami doznała pierwszego napadu kolki żółciowej a następnie drugiego na 6 tygodni przed wstąpieniem w d. 24/VIII do szpitala Ewangielickiego. Chora dość dobrze wyglądała, nie miała żółtaczki ani gorączki. Przy badaniu wyczuwał się powiększony pęcherz żółciowy w miejscu typowem, a naciskany sprawiał ból chorej, która od czasu napadów skarżyła się stale na ból tępy w prawem podżebrzu.

Operacya 2/IV cięciem podłużnem wzdłuż brzegu zewnętrznego m. prostego. Pęcherz biało-różowy wypełniony był płynem śluzowym, cały zaś przewód pęcherzowy wypełniały szczelnie liczne kamienie drobne. Po wydobyciu kamieni, zaraz zaczęła wpływać żółć do pęcherzyka. Otwór pęcherza przyszyto do skóry i wprowadzono dren. Przebieg łagodny bez gorączki, z początku przez dni kilkanaście wydzielała się żółć dość obficie, następnie powoli odpływ jej zmniejszał się i od dni 10 zupełnie ustał. Otwór przetokowy zwęża się szybko i prawdopodobnie w ciągu tygodnia nastąpi zupełne zabliźnienie.

Powyższe spotrzeżenie dowodzi, iż przy zatkaniu kamieniami przewodu pęcherzowego, żółć swobodnie przepływa do przewodu wspólnego, w pęcherzyku zaś odbywa się sprawa kataralna, skutkiem której wypełniony on zostaje płynem śluzowatym, prawie przezroczystym i nieco lepkim. Jeśli skutkiem postępowych przejść zapalnych w ścianie pęcherza nastąpi zrost tegoż ze ścianą brzuszną a następnie przedziurawienie pęcherza w tem miejscu, to wydzielina jego, dostawszy się między warstwy ściany brzusznej, wywołuje tworzenie się naokoło otoczki z tkanki łącznej, tak iż wytwarza się kompletna torbiel z zawartością śluzową, łącząca się bardzo wązkim otworkiem z pęcherzykiem żółciowym. Podobny wypadek miał S. przed kilkunastu laty i przedstawiał go na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego.

5. *W. Stankiewicz* przedstawia kobietę lat 35, która wstąpiła do szpitala Ewangielickiego d. 27/VIII z powodu częstych napadów bólów w prawem podżebrzu, połączonych z silną gorączką i mocną żółtaczką od roku. Chora bardzo wychudzona i osłabiona, narzeka na brak apetytu, uporczywe zaparcie stolca i silne napady kolki, którym towarzyszą dreszcze i gorączka po nad 40^0. Mięśnie okolicy podżebrza prawego mocno napięte, przy obmacywaniu wyczuwa się pewne stwardnienie, jakby rozlane po za górnym końcem m. prostego; pociskanie w tem miejscu sprawia silny ból chorej. Granica górna wątroby w miejscu prawidłowem, granica dolna nieznacznie obniżona.

S., biorąc pod uwagę wszystkie objawy, rozpoznał zatkanie kamieniem przewodu wspólnego i d. 3/VIII przystąpił do operacyi. Zrobiwszy cięcie pionowe wzdłuż zewnętrznego brzegu m. prostego i nie znalazłszy zwiększonego pęcherza, dodał cięcie poprzeczne w kierunku linii środkowej i wtedy przekonał się, iż pęcherz żółciowy był niewielki, miękki, a w przewodach żółciowych żadnych zrostów ani kamieni nie było. Natomiast uderzało pewne wypuklenie na przedniej powierzchni prawego płata wątroby w odległości około 3 ctm. od brzegu dolnego. Po nakłuciu tego miejsa igiełką Pravaz'a wyciągnięto czystą ropę, bez żółci. Sądząc, że ma do czynienia z bąblowcem lub ropniem, S. postanowił przed otwarciem ogniska wywować zrosty otrzewnej naokoło i wtedy z większem bezpieczeństwem opróżnić ognisko. W tym celu szwami zmniejszył ranę ściany brzusznej i lekko wypełnił gazą przestrzeń między wątrobą a ścianą brzuszną naokoło ropnego ogniska. W 4 dni później przeciął w tem miejscu ścianę ogniska na przestrzeni $2^1/_2$ ctm. i wypuścił tą drogą bardzo niewielką ilość gęstej ropy, wraz z dość obficie płynącą krwią z przeciętego miąższu wątroby, przekonawszy się palcem i zgłębnikiem, iż jamka ropna nie komunikuje się z głębszą warstwą wątroby, zatamponował ranę, wciskając grubą poduszkę z gazy bandażem. Operacya nie spowodowała żadnego większego krwawienia, ani jakiegokolwiek podrażnienia ze strony otrzewnej. Przeciwnie, chora doznała po kilku dniach widocznej ulgi, a co najważniejsza, ustały napady dreszczów z gorączką, które tak wycieńczały chorą. Wogóle przebieg przedstawiał się zupełnie łagodnym; wydzielina niewielka ze sporą domieszką zmienionej krwi bez śladu żółci, następnie dno całe pokryło się dobrą ziarniną, brzegi rany skórnej zrosły się z wątrobą i zabliźnienie postępowało prawidłowo. Jednocześnie gorączka zmniejszyła się znacznie

i w ciągu dni 10 ciepłota wróciła do normy; zwiększył się apetyt i powoli żółtaczka zaczęła ustępować. Dziś ranka jest na ukończeniu gojenia, pacyentka chodzi od tygodnia, czuje się coraz silniejszą i żali się tylko na pewien ból w okolicy operowanej, co zapewne przypisać należy świeżym zrostom ściany brzusznej.

W przebiegu opisanej choroby najwięcej uderza fakt długotrwałej i w silnym stopniu wyrażonej żółtaczki, nie będącej w stosunku do małego ropnia w wątrobie. Widoczne jest, że żółtaczka ta nie może pochodzić z ucisku dróg żółciowych, lecz ma inną przyczynę, prawdopodobnie zapalny stan przewodów żółciowych w miąższu wątroby. Również trudne jest wytłumaczenie pochodzenia ropnia w wątrobie, gdyż chora twierdzi, że nie przechodziła dyzenteryi, tyfusu, ani bólów, któreby wskazywały na przebytą kolkę żółciową.

W dyskusyi:

Kryński na pytanie Stankiewicza, dlaczego przy małym ropniu była tak wielka żółtaczka, odpowiada, iż zjawienie się żółtaczki zależy nietylko od czynników mechanicznych (ucisku ropnia), lecz i od natężenia infekcyi, powodowanej przez ropień; to też nigdy nie należy szukać równoległości między wielkością ropnia a siłą żółtaczki.

Krauze zwraca uwagę na wielkie skurczenie pęcherza żółciowego i robi przypuszczenie, czy powodem ropienia nie był kamień, który przedostał się z czasem do jelit, pozostawiając po sobie ropień.

Czarkowski, jako potwierdzenie przypuszczenia Krauzego, przytacza podobny swój przypadek: przy operacyi na wątrobie znalazł on miejsce chełboczące; strzykawką wydobył ropę. Narazie obłożywszy wątrobę gazą, po 4-ch dniach otworzył jamę ropnia. Operowana zmarła. Autopsya wykazała, co następuje: ropień wątroby łączył się z pęcherzem, w którym również była ropa, w przewodzie zaś wspólnym tkwił kamień.

W. Stankiewicz powiada, że obszukiwał starannie pęcherz i przewody, lecz nic w nich nie znalazł. Biorąc pod uwagę całość obrazu chorobowego, S. spodziewał się, że znajdzie ropienie bardziej rozległe. Bezgorączkowy przebieg pooperacyjny pozwala sądzić, że istotnie w wątrobie więcej ropni już niema.

Kryński nie wyłącza możliwości, iż w wątrobie tej było więcej ropni, lecz po operacyjnem otworzeniu jednego z nich, dzięki poprawie krwioobiegu i zmniejszeniu zakażenia, pozostałe wessały się samoistnie.

Sawicki sądzi, że najczęstszą przyczyną ropni wątroby jest kamień, o ile nie mamy w wywiadach spraw takich, jak tyfus, dyzenterya. S. też miał taki przypadek, w którym na operacyi znalazł tylko ropień wątroby. Chora zmarła i sekcya wykazała kamień w przewodzie wspólnym. Przewód ten, jakoteż i przewód wątrobowy były znacznie rozszerzone. Jama ropnia wątroby bezpośrednio przechodziła w takie mocno rozszerzone rozgałęzienie przewodu wątrobowego.

Oderfeld sądzi również, iż mógł tu być kamień dawniej, który przeszedł do jelit, a następnie wytworzył się ropień. Ilość ropni też mogła tu być większa, lecz po przywróceniu drożności przewodów żółciowych — z chwilą opróżnienia jednego ropnia — pozostałe mogły wessać się.

6. ***W. Stankiewicz*** przedstawia dziewczynkę, lat 8, z wysokim stopniem zwichnienia patologicznego w stawie kolanowym lewym. W pozycyi stojącej kolano ma kształt k. koślawego (genu valgum), przy badaniu jednak okazuje się, iż kłykcie goleni wychodzą ku wewnątrz, powierzchnia stawowa uda zwraca się ku przodowi, a rzepka jest nazewnątrz od kłykcia zewnętrznego uda. Takie przemieszczenie możliwe jest jedynie wskutek nadzwyczajnego rozluźnienia więzów między kością udową i goleniową, skutkiem czego o utrzymaniu tych powierzchni stawowych w pozycyi prawidłowej za pomocą przyrządu lub operacyi na wiązadłach nie może być mowy. Z tego powodu S. uważa za jedynie odpowiednie wypilowanie częściowe powierzchni stawowych i staranie się o zrost kostny.

W dyskusyi:

W. Łapiński twierdzi, że w danym przypadku mamy do czynienia nie ze zboczeniem wrodzonem, lecz z nabytem, albowiem Ł. u przedstawionej chorej przed paru laty wykonał osteotomię uda według Mac-Ewena z powodu kolana koślawego (*genu valgum*). Chora na wiosnę r. b., a więc w dwa lata po operacyi, przybyła ponownie w stanie, w jakim znajduje się obecnie (zwichnienie niezupełne goleni ku wewnątrz — *subluxatio*). Ł. przypomina, że przyczyną kolana koślawego są zmiany w dolnej nasadzie (linia przyrostkowa) kości udowej, i że osteotomia Mac-Ewena u dzieci starszych jest zabiegiem klasycznym; dany jednak przypadek każe wyprowadzić wniosek, że w razach dużego rozluźnienia się stawu kolanowego należałoby oprócz osteotomii wykonywać jeszcze skrócenie wewnętrznego więzu bocznego. Co się tyczy postępowania w obecnym stanie dziecka, to Ł. sądzi, że należy tu wykonać zapuszczenie stawu kolanowego *(arthrodesis)*, odprowadzenie bowiem krwawe istniejącego zwichnienia niezupełnego (subluxatio) nie rokuje wyniku trwałego.

7. ***Leśniowski*** przedstawił chorą z ***guzem białaczkowym śledziony.*** 29-letnia mężatka od 2 lat, mianowicie od czasu urodzenia ostatniego dziecka, nie miewa miesiączki, nie zachodzi w ciążę, i to zmusiło ją zgłosić się o poradę do kol. J. Rogozińskiego. Badając chorą, kol. R. wykrył u niej w brzuchu guz i skierował chorą do L., który zapisał ją do szpitala.

Tu znalazł, co następuje. Mała, wątła, w wysokim stopniu wyniszczona chorobą kobieta. Skóra i śluzówki wybitnie blade, obrzęków nie widać. Stan bezgorączkowy. Organy wewnętrzne poważniejszych zmian nie nastręczają. Chora opowiada, że dość dawno zauważyła w lewem podżebrzu guz, który stopniowo powiększał się i opuszczał. Opukiwanie lewej połowy klatki piersiowej nie wykrywa najmniejszej tępości, właściwej dla śledziony. W dole brzucha widoczne guzowate wypuklenie się tegoż. Obmacując, znajdujemy leżący w poprzek dołu brzucha guz duży, wielkości połowy dużego bochenka chleba, z tylną powierzchnią wklęsłą i przednią — wypukłą. Guz jest twardy, kształtem i spoistością przypomina organ miąższowy, mianowicie dużą, obrzmiałą śledzionę. Górny brzeg guza wązki, z wcięciem pośrodku, przypomina wnękę śledziony. Guz znacznie ruchomy na boki i ku górze, dość łatwo górną swą częścią wsuwa się w podżebrze lewe. Z pomocą taśmy centymetrowej znaleziono, że guz ma 41 cm. szerokości i 25 cm.

wysokości. Dolny brzeg wątroby nieco wystaje z pod prawego łuku żebrowego. Organy płciowe zmian nie nastręczają. Wolnego płynu w jamie otrzewnowej wykryć nie można. Nie spostrzega się również ani bólów kości, ani zmian w tychże.

L. rozpoznał obrzmienie przewlekłe śledziony, która powoli opuściła się i przybrała wyżej opisane, dość niezwykłe położenie. W celu określenia natury obrzmienia śledziony L. poprosił o zbadanie krwi chorej kolegów Landau i Małiniaka. Badanie wykryło, że krew zawiera 55% hemoglobiny, 3.500.000 czerwonych ciałek krwi i 200.000 białych, czyli, że chora cierpi na białaczkę, a zatem guz śledziony jest białaczkowy.

Mając na względzie, że operowanie białaczkowych guzów śledziony daje naogół niepomyślne wyniki, L. wstrzymał się na razie od wszelkiego zabiegu operacyjnego, natomiast zastosował podskórne wstrzykiwanie atoksylu w ilości 0,1 dziennie i naświetlanie guza x-promieniami, którego podjął się łaskawie kol. Lewenstern.

Atoksyl z małemi przerwami wstrzykuje się 4 tygodnie, naświetla się guz od 18 dni. Stan ogólny chorej zmienił się na lepsze dosć wyraźnie, zabarwienie powłok żywsze, guz ulega wyraźnemu zanikowi: mierzony przed tygodniem miał 37 szerokości i 20 cm. wysokości, zaś w dniu dzisiejszym— 34 cm. szerokości i tylko 13 cm. wysokości. W ustroju chorej nie spostrzega się jakichś poważniejszych zaburzeń.

L. dodaje, że dalsze spostrzeganie rozstrzygnie, co będzie musiał zrobić z chorą.

W dyskusyi:

Karczewski przypomina, że istnieją dwie metody leczenia białaczki, rentgenoterapia i operacya. Metoda pierwsza narazie daje wyniki dobre, lecz z czasem bezwarunkowo przychodzi pogorszenie z zejściem zawsze śmiertelnem, przyczem śmierć nieraz następuje nagle. Metoda operacyjna, t. j. usuwanie śledziony, dawało wyniki także złe. W ostatnich jednakże czasach zaczęły się zjawiać głosy, zachęcające do wykonywania operacyi, byle we wczesnych okresach choroby.

K. niedawno operował podobny przypadek i, choć pacyentka w 3 dni po operacyi zmarła, do samego zabiegu zrażać się nie może, gdyż zejście złe zależało tu przedewszystkiem od zbyt daleko posuniętej sprawy chorobowej. Natomiast miał K. możność przekonania się, że operacya technicznie jest łatwa, nie grozi bezwarunkowo krwawieniami, o których wspominają niektórzy autorowie; wreszcie może być wykonana szybko. Stan ogólny pacyentki L-go jest jeszcze wcale niezły, to też w tym razie nie należy bezwzględnie odrzucać możliwości operowania.

Gabszewicz zapytuje, jak się przedstawia obecnie skład krwi w omawianym przypadku?

Leśniowski odpowiada kol. Gabszewiczowi, że powtórne badanie krwi nie było jeszcze wykonane, dla tego nie może powiedzieć, czy zaszły jakiekolwiek zmiany we krwi pacyentki.

Co się tyczy uwagi kol. Karczewskiego, to jakkolwiek wycięcie guza śledzionowego w danym przypadku w samej rzeczy nie nastręczałoby poważnych trudności natury technicznej, to jednak powstrzymał się L. na razie

od operacyi dla tego, że 1-o stan ogólny chorej był nader lichy nawet dla zniesienia i takiego zabiegu, 2-o dla tego, że przeważająca większość białych ciałek krwi składała się z myelocytów, a zatem podstawę cierpienia stanowią zaburzenia w szpiku kostnym; oczywiście, usuwając śledzionę, dodał by do b. poważnego cierpienia ogólnego ustroju nowy wstrząs poważny, natomiast nic nie podziałał by na usunięcie, a bodaj na zmniejszenie cierpienia podstawowego. O ile dalsze spostrzeganie chorej stwierdzi polepszenie się składu krwi i znikanie postaci szpikowych, L., być może, wykona wycięcie śledziony. Zmniejszenie się objętości guza ułatwi wykonanie zabiegu.

Kryński dodaje, iż istnieje praca z kliniki Czern'ego, wskazująca, że wyniki operacyjne przy omawianej chorobie wcale nie były tam zachęcające. Jeśli mamy do czynienia z białaczką szpikową, to, usuwając śledzionę, bynajmniej nie działamy na źródło choroby.

Sawicki również podnosi tę okoliczność, iż często pierwotnem siedliskiem choroby jest szpik, a zmiany w śledzionie są wtórne. Wyłuszczenia śledziony białaczkowej pierwszy z powodzeniem dokonał Pomorski w Poznaniu. Preparat i opis choroby przedstawił P. na zjeździe chirurgow w Krakowie. Przebieg pooperacyjny był ciężki, powikłany krwotokami z kiszek; chora pomimo to wyzdrowiała. O dalszych losach chorej S. dowiedział się później od Pomorskiego. Zupełnem zdrowiem cieszyła się kilka miesięcy, poczem zaczęła znowu podupadać, wystąpiły krwawienia, i chora wprędce zmarła. Ten przypadek dowodzi, że i wycięcie śledziony nawet tam, gdzie chory przetrzymał operacyę, nie może być uważane za środek radykalny.

8. *Wertheim* przedstawia 21-o letniego chorego, który 15/IX w nocy otrzymał pchnięcie nożem w szyję ponad kością gnykową, w kierunku od strony prawej ku lewej. Otwór wejściowy z prawej strony pod żuchwą. Obfity krwotok. Ranę rozszerzono na lewej stronie szyi i w głębi ujęto broczącą tętnicę językową, którą podwiązano.

Po tygodniu wystąpiły objawy częściowego uszkodzenia lewego nerwu podjęzykowego: przy wysuwaniu języka wierzchołek tegoż kieruje się na lewo, w innych ruchach lewa połowa języka bierze mały udział. Nadto można zauważyć pewien zanik lewej połowy języka, która najwyraźniej jest wiotsza i cieńsza. Odczynu zwyrodnienia niema.

9. *Kryński* pokazuje nerkę gruźliczą, przedstawiającą piękny, podręcznikowy okaz tego cierpienia w postaci, jakie widujemy w atlasach anatomii patologicznej. Nerkę tę wyjął Kr. cięciem lędźwiowem pozaotrzewnowem u kobiety młodej, 23-letniej, która, po za bardzo nieznacznemi zmianami w płucu lewem, miała obszerną sprawę gruźliczą w narządzie moczowym. Oprócz nerki lewej, gruźlicą zajety był pęcherz moczowy w tym stopniu, iż stan jego uniemożliwiał zbadanie cystoskopem. Wycięta nerka powiększona jest przeszło w dwójnasób; jej istota korowa ścieńczała, natomiast istota rdzeniowa znacznie rozszerzona, lecz zniszczona prawie zupełnie tak, iż piramidy przedstawiają się w postaci jam, wypełnionych serowato-ropną masą. Również rozszerzona jest miedniczka i część górna moczowodu. Pomimo operowania pozaotrzewnowego Kr. przed wycięciem nerki naciął w dolnej części rany otrzewną ścienną i ręką, wprowadzoną do jamy otrzewnej,

zbadał stan nerki drugiej. Postępowanie takie, zgodnie z radą Kochera, uważa Kr. za nader ważne w takich przypadkach, jak niniejszy. Przebieg pooperacyjny był tu nadzwyczajnie pomyślny. W czwartym tygodniu po operacyi chora opuściła szpital w stanie bardzo dobrym: stan bezgorączkowy, rana operacyjna zagoiła się zupełnie i, co najciekawsze, prawie w zupełności ustąpiły ciężkie objawy ze strony pęcherza moczowego.

W dyskusyi:

S. Grosglik występuje przeciw stosowanemu przez Kryńskiego sposobowi przekonywania się o istnieniu drugiej nerki i zaznacza, że postępowanie Kochera pochodzi z owych czasów, kiedy wewnątrzpęcherzowe metody określania sprawności nerek nie były jeszcze znane. Obecnie możemy z łatwością przekonywać się o istnieniu i wydajności drugiej nerki, bądź zapomocą sondowania moczowodów, bądź też posługując się t. zw. separatorami, bez potrzeby uciekania się do tak ryzykownego i niepewnego zabiegu, jakim jest niewątpliwie wymacywanie drugiej nerki ręką, wprowadzoną do jamy otrzewnej. Na szczególne niebezpieczeństwo narażamy chorego podobnem badaniem w przypadkach istnienia w nerce jam ropnych lub gruźliczych, gdyż pęknięcie zbiorowiska ropy podczas wymacywania zdrowej nerki może sprowadzić ropne zapalenie otrzewnej. Zresztą wykrycie drugiej nerki zapomocą wymacywania wcale nie daje rękojmi należytej jej sprawności, o co nam przedewszystkiem chodzić powinno; znane są bowiem przykłady, dowodzące, że druga nerka, której obecność została w powyższy sposób stwierdzona, była całkowicie pozbawiona czynności wydzielniczej. Mówca uważa, że sposób, zalecony przez Kochera, może mieć zastosowanie jako malum necessarium wyjątkowo w tych przypadkach, w których możność określania sprawności drugiej nerki metodami nowoczesnemi jest zupełnie wyłączona, a zatem przy pęcherzu nietolerancyjnym, nie pozwalającym na wprowadzanie odpowiednich narzędzi w celu zbierania moczu z każdej nerki zosobna.

Leśniowski też nie może zgodzić się z poglądem kol. Kryńskiego, by z zasady należało otwierać jamę otrzewnej w wycinaniu nerki gruźliczej. Co się tyczy, przedewszystkiem, zalet, jakie rzekomo nastręcza tego rodzaju postępowanie, to są one o wiele mniejszej wartości, niż to zdaje się na pierwszy rzut oka. Albowiem, z jednej strony należy powiedzieć, że nie czas jest stwierdzać istnienie drugostronnej nerki, oraz stopień sprawności tejże dopiero w przebiegu operacyi. Istnieje dziś już dość sposobów do określenia wspomnianych okoliczności przed przystąpieniem do zabiegu. Z drugiej strony, obmacanie na ślepo okolicy drugostronnej nerki doprowadza nas do wyników b. mało mówiących, bo nawet wymacanie we właściwem miejscu jakiegoś tworu, kształtem i wymiarami przypominającego nerkę, wcale nie jest bezwzględnym dowodem istnienia owej nerki. Znane są przypadki, w których oględziny zwłok wykryły, że obmacywany w czasie operacyi twór był nie nerką, lecz śledzioną. Po za tem, wymacanie na ślepo drugostronnej nerki nie daje najmniejszego pojęcia ani o stanie, w jakim znajduje się ten twór, ani o stopniu sprawności tegoż; ba, nawet wyosobnienie nerki i bezpośrednie oględziny tejże nie zawsze pozwalają robić dość pewne wnio-

ski. Tego rodzaju obmacywanie wypadnie zastosować w przypadkach, w których warunki techniczne uniemożliwiły zbadanie sprawności drugostronnej nerki przed operacyą.

Następnie, otwieranie otrzewnej w czasie wycinania nerki gruźliczej bynajmniej nie jest oparte na jakiejś niezbędnej potrzebie. Wprawdzie, wielu autorów przemawia na korzyść wewnątrzotrzewnowego operowania nerek, dotkniętych nowotworami złośliwymi. Lecz tam jest to uzasadnione. Wszak nowotwory złośliwe b. często wrastają do żyły nerkowej i szerzą się wzdłuż tejże nieraz aż do żyły głównej. Otworzenie otrzewnej pozwala dokładnie określić, czy nowotwór wrasta do żyły, a jeżeli wrasta — jak daleko, i stosownie do tego pozwala nałożyć na żyłę podwiązkę w odpowiedniem miejscu. Pozatem, możemy sprawdzić stan sąsiadujących gruczołów chłonnych i w razie zwyrodnienia usunąć je możliwie dokładnie.

Wszystko to jest zbyteczne w przypadku nerki gruźliczej, natomiast, otwierając szeroko otrzewną, narażamy chorego na nieobliczalne niebezpieczeństwo.

Krauze nie sądzi, by, wprowadzając rękę przez ranę powłok, zrobioną w celu wyłuszczenia jednej nerki, można było zawsze dojść do nerki drugiej i obmacać ją dokładnie; jeśli leży ona nie na swojem miejscu, np. jest obsunięta ku dołowi, wówczas wcale nie będzie można jej wyczuć.

C. Stankiewicz zna chorą, operowaną przez K-go, i przyznaje, że niektóre nowoczesne zabiegi rozpoznawcze były u niej niewykonalne z powodu wielkiej wrażliwości pęcherza.

W. Stankiewicz przed 2-ma laty spostrzegał przypadek gruźlicy nerki, przyczem pęcherz był tak małopojemny i tak wrażliwy, że wszelkie badania były niemożliwe. Po wyłuszczeniu chorej nerki operowana wkrótce zmarła śród objawów bezmoczu; autopsia wykazała, że nerka pozostała uległa całkowicie zwyrodnieniu tłuszczowemu. W tym razie obmacywanie tej drugiej nerki nie dałoby żadnych wskazówek co do jej wartości czynnościowej.

Czarkowski również sądzi, że do obmacywania drugiej nerki nie należy przywiązywać szczególnej wagi. Jednakże otworzenie otrzewnej znacznie ułatwia samą technikę operacyi, zwłaszcza w tych razach, gdy otoczka nerkowa jest zrośnięta z otrzewną.

Fryszman, jako przyczynek do trudności oryentowania się w sprawności obu nerek nawet przy stosowaniu wszełkich sposobów rozpoznawczych, przytacza swój przypadek z przed paru lat: rozpoznał gruźlicę jednej nerki; cewnikowanie z jednej strony dało mocz bardzo zmieniony, z drugiej— zupełnie prawidłowy; usunięto nerkę chorą; operowana wkrótce zmarła, a badanie pośmiertne wykazało bardzo rozległe zniszczenie w nerce, uważanej za zdrową.

Kryński w odpowiedzi na zarzuty co do otwierania otrzewnej w celu zbadania obecności ewent. stanu drugiej nerki, zaznacza, iż metoda ta oddaje usługi i winna być stosowana w tych, rzecz prosta, tylko przypadkach, gdzie nie mogą być zastosowane inne dzisiejsze metody określania sprawności nerki strony przeciwnej. Samo zaś otwarcie jamy otrzewnej jako takie stanowi zabieg dziś dla nas chyba bardzo nie ciężki i nie narażający chorego na niebezpieczeństwo. Co się tyczy cewnikowania moczowodów, to zabiegu

tego nie uważa Kr. za wskazany w przypadkach gruźlicy pęcherza ze względu na możność zakażenia dróg moczowych górnych (tuberculosis ascendens).

Oderfeld nie podziela zdań Kryńskiego i przypomina pogląd Rowsing'a, który więcej, niż w stu przypadkach gruźlicy cewnikował moczowody i nie widział stąd złych następstw.

10. *Kryński* przedstawia okaz nowotworu złośliwego—mięsaka, wydobytego z obydwóch oczodołów u dziewczyny 14-letniej. Obraz anatomiczny, zarówno jak i przebieg kliniczny sprawy chorobowej, przedstawiają tu pewne, godne uwagi szczegóły. Przed półrokiem dziewczyna ta była operowana z powodu niewielkiego guzka na przedniej powierzchni szczęki górnej lewej, który wycięto doszczętnie; badanie mikroskopowe wykazało budowę mięsaka. Obecnie po 6 miesiącach chora ta zjawiła się z guzem, wypełniającym cały oczodół lewy tak, iż gałka oczna została zupełnie uciśnięta i zniszczona, nadto zajmującym obie powieki. Oprócz tego prawa gałka oczna, na którą chora widzi dobrze, nieco wysunięta ku przodowi i nazewnątrz. K. usunął całą zawartość oczodołu lewego wraz z gałką oczną i powiekami, zabierając dokładnie okostną. Okazało się przytem, że ściany kostne oczodołu są zupełnie zdrowe, z wyjątkiem ściany wewnętrznej, na którą przechodził nowotwór. Trzeba więc było wydłutować tę ścianę, zabierając kość sitową i część wyrostka nosowego szczęki górnej, i otworzyć w ten sposób drugi oczodół, dokąd wchodził nowotwór, wysuwający ku przodowi gałkę oczną. Tu jednak zrosty były luźne i guz dało się oddzielić w całości, bez uszkodzenia oka.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Rana skórna zagoiła się w ciągu tygodnia, jama oczodołu lewego wypełnia się dobrą ziarniną. Czy tylko powrót guza długo da czekać na siebie?

11. *Krauze* przedstawia preparat tętniaka żylnego—aneurysma arteriovenosum arteriae femoralis dext. Przeszło rok temu zapisał się na oddział K-go 16-letni chory, który opowiadał, że przed dwoma laty został postrzelony śrutem w prawe udo. Natychmiast noga ogromnie spuchła i bolała. Z tego powodu przez dłuższy czas chory leżał w szpitalu na prowincyi, poczem wypisał się zupełnie uleczony. Przed kilku tygodniami noga zaczęła obrzmiewać i boleć tak, że pacyent nie mógł chodzić, co go skłoniło przyjechać do Warszawy. Przy badaniu znalazł K. w górnej części prawego uda mnóstwo blizn małych, okrągłych; bolesność w górnej przedniej części uda, tętno w tętnicy udowej wyczuwa się wyraźnie, a nieco na wewnątrz można wyczuć wyraźny szmer; przy wysłuchiwaniu słychać szmer głośny, chuchający. Po pewnym czasie bóle się zmniejszyły i chory wypisał się ze szpitala. Dnia 3 września r. b. wrócił ze znacznem pogorszeniem. Chodzić nie może z powodu bólów, które są tak silne, że po nocach spać pacyentowi nie dają, a nawet morfina nie na długo sprowadza mu ulgę. Przy badaniu okazało się: chory nogą poruszać nie może wcale, zaledwie porusza palcami i nieco stopą. Całe udo obrzmiałe, szczególnie górna część jego, oraz kolano. Skóra blada, na przednio-górnej powierzchni uda żyły mocno rozszerzone. Tętno na tętnicy udowej mocne; ułożone na niej palce odczuwają drganie (koci pomruk), a przy wysłuchiwaniu słychać szmer długi, chuchający, rozszerzający się ku wewnątrz, ku dołowi na 3 palce powyżej

więzu Pouparta. Guza ograniczonego tętniącego nie widać. Przy ucisku tętnicy udowej, względnie tętnicy biodrowej zewnętrznej, szmer znika. Tętno w tętnicy goleniowej tylnej wyczuwa się słabe i nieco opóźnione w porównaniu z tętnem na stronie zdrowej. Rozpoznano tętniak tętnicy udowej. Wobec silnych bólów chory prosił o operacyę, którą K. wykonał w dniu 28 września. Za pomocą cięcia podłużnego doszedł on do naczyń. Okazało się, że zarówno tętnica, jak i żyła udowa jest silnie rozszerzona. Rozszerzenie tętnicy dochodziło ku dołowi do miejsca odejścia tętnicy głębokiej uda, w górze zaś chowało się pod więzem Pouparta. Ażeby się dostać do tętnicy biodrowej zewnętrznej, przecięto wiąz Pouparta, gdy to jednakże nie wystarczyło, wykonano cięcie poprzeczne ponad więzem, przecięto mięśnie, odłuszczono otrzewną i dopiero po odciągnięciu tejże ku górze udało się dosięgnąć górnej granicy rozszerzenia, czyli dojść do prawidłowej tętnicy biodrowej zewnętrznej. Poniżej więzu Pouparta tętnica i żyła były ze sobą zrośnięte zupełnie, a pozatem silnie spojone z powięzią uda K. zamierzał rozdzielić naczynia i otwór w każdem z nich zaszyć, lecz wobec silnych zrostów i trudnego separowania musiał odstąpić od tego zamiaru. Podwiązał więc tętnicę i żyłę biodrową zewnętrzną dość wysoko i przeciął między dwiema podwiązkami; następnie podwiązał obydwa naczynia na udzie poniżej ich rozszerzenia, a także gałązki, z nich wychodzące, nie wyłączając tętnicy głębokiej uda. Teraz rozszerzoną tętnicę i żyłę wyciął, co z powodu zrostów nie było łatwe. Na skórę nałożył szew i wprowadził do rany pasek gazy jodoformowej. Chory zniósł operacyę b. dobrze. Wieczorem tegoż dnia stopa była nieco chłodniejsza, niż na stronie zdrowej, lecz już nazajutrz wybitnej różnicy w ciepłocie obu stóp nie znajdowano. Skóra wciąż była niezmieniona, czucie zachowane. Chory skarżył się na kłucie w podeszwie i na nieznaczny ból w ranie. 8 dnia K. zdjął szwy i rana zagoiła się. Chory ma się dobrze. Obrzmienie znacznie się zmniejszyło. Bólów w kończynie nie ma. Przez kilka tylko dni po operacyi pacyent odczuwał od czasu do czasu drętwienie w kończynie; obecnie tego uczucia nie ma. Na preparacie widać rozszerzoną tętnicę i żyłę udową; w jednem miejscu zrośnięte ze sobą i łączą się za pomocą niedużego otworu. Skrzepów na ścianie wewnętrznej, ani też chropowatości wyraźnych nie ma. Widocznem jest, że przez oba naczynia przeszedł śrót, chociaż śladów drugiego otworu w tętnicy i żyle nie widać. Być może, iż otwory te zaciągnęły się bliznami, które przyrosły do powięzi uda.

W dyskusyi:

Borzymowski dodaje, iż ma on w swej kazuistyce dwa podobne przypadki; w jednym z nich podwiązał dośrodkowo tętnicę i żyłę, w drugim — wyciął całkowicie tętniak.

Karczewski zaleca zwlekanie z wykonaniem podobnych operacyi, gdyż z biegiem czasu wytwarza się coraz lepsze krążenie oboczne, co oczywiście ma wielkie znaczenie dla odżywiania kończyny.

12. *St. Gurbski* demonstruje aparatd-ra H. Zuppinger,a, używany w złamaniach kości udowej. Wynalazca, skończony matematyk, doszedł do wniosku, że najwięcej dotychczas używany wyciąg Bardenheuer'a z obciążeniem nieraz do 30 klg. nie daje wyników zadawalniających, nie mówiąc już

o pobocznych ujemnych czynnikach tej metody. Główną zasadą aparatu Zuppingera jest to, że stawy, przylegające do kości złamanej, są w pozycyi półzgięcia i mięśnie kończyny dolnej wskutek tego w stanie zwolnienia; z tego powodu ciężar goleni wystarcza do ustawienia odłamów w należytej pozycyi.

Główną część przyrządu stanowią połączone zawiasami ze sobą pod kątem szyny, przeznaczone do podtrzymywania złamanego uda i goleni, zgiętych w kolanie. Szyny te rodzajem rusztowania są przymocowane do tworzącej podstawę aparatu deski w ten sposób, że szyna, podtrzymująca przymocowaną doń goleń, może być przy pomocy odpowiedniej ramki wraz z golenią unoszona do góry lub opuszczona na dół aż do pozycyi poziomej. Gdy uniesiemy goleń wraz z szyną do góry, siła wyciągowa równa się O. W miarę tego, jak goleń opuszczamy, siła wyciągowa się zwiększa, mogąc dojść do 6 klg., co zupełnie wystarcza do utrzymania odłamów w należytem położeniu. Czas trwania leczenia wynosi u dzieci 3 tygodnie, u dorosłych 5 do 6 tyg. Krönlein początkowo zachowywał się z nieufnością odnośnie opisanego aparatu, przekonawszy się jednakże o jego zaletach, stosuje go z dużem powodzeniem od 2 lat w swej klinice. Cena aparatu 34 franki; wyrabia go firma Hausmann w Zürichu.

W dyskusyi:

Borzymowski w złamaniach uda zaleca gorąco aparaty zawieszające (z kończyną ustawioną pionowo), które usuwają wszelkie tarcie i pozwalają unosić chorego bez szkody dla odłamów.

Sawicki dodaje, że miał możność widzieć w klinice prof. Krönlein'a zastosowanie aparatów Zuppinger'a w złamaniach uda i goleni. Choć idea w obu aparatach jest taż sama, konstrukcya ich nieco odmienna. Najczęściej leczenie rozpoczynają od tego, że na parę dni nakładają wyciąg zwykły, by rozluźnić mięśnie i dobrze dostosować odłamy; następnie wkładają kończynę w omawiany aparat. Ujemną stronę tego aparatu stanowi to, że wymaga on spokojnego zachowania się ze strony chorego.

13. *Leśniowski* przedstawia przeparat, pochodzący od 24-letniej mężatki, która przed 4 laty raptownie, śród zupełnego zdrowia, dostała gwałtownego bólu w prawem podżebrzu, powikłanego wymiotami. Po zastosowaniu leków kojących ból, gorących okładów—ból po upływie 2 dób znikł. Od owego czasu zjawiał się co parę lub kilka tygodni, trwał nie długo. Przed 2 miesiącami zjawił się niezwykle mocny ból, połączony z dreszczami, gorączką i od owego czasu ból, acz mniejszego natężenia, trwa stale. Jednocześnie z tym ostatnim napadem spostrzegła pacyentka w prawem podżebrzu twardy guz, który powiększał się powoli. Mocz oddawała często, był on mętny.

Chora w chwili przybycia do oddziału była ogromnie wyniszczona, blada. Czwarty miesiąc ciąży. Organy wewnętrzne poważniejszych zmian nie przedstawiały. Mięsień sercowy działa słabo. W prawem podżebrzu wymacano guz, wielkości głowy noworodka; górna połowa guza ginie w podżebrzu. W guzie niewyraźne chełbotanie. Już po pierwszem obmacywaniu guza ciepłota ciała przekroczyła wieczorem 39°6. Dobowa ilość moczu wynosiła ± 800 c. s., mocz mętny, alkaliczny, zawiera drobne ilości białka, pod mikroskopem zna-

leziono nieliczne czerwone i białe ciałka krwi. Oglądając wnętrze pęcherza moczowego z pomocą wziernika pęcherzowego, L. znalazł, że sluzówka tegoż jest blada, pozatem prawidłowa. Otworów moczowodowych nie widać. L. wstrzyknął do mięśni posladkowych, zgodnie z przepisem Voelkera, 20 c. s. roztworu indigokarminu, rozdzielił pęcherz moczowy z pomocą rozdzielacza Luysa i otrzymał, co następuje.

Z prawostronnego cewnika wypłynęło zaledwie parę kropli cieczy wodnistej, bezbarwnej. Z cewnika lewostronnego natomiast płynął mocz dość obficie, zabarwił się jednak na kolor słabo zielony dopiero po upływie dwudziestu kilku minut. Obrzęków nie było, objawów mocznicowych również.

Zestawiając wyniki badania, można było powiedzieć, że lewa nerka istnieje, i że czynność jej, ze względu na nieco opóźnione wydzielanie się barwnika, być może, w pewnym stopniu upośledzona, wystarcza jednak do oczyszczania się ustoju z trujących produktów życiowych. Natomiast wobec braku moczu na stronie prawej można było sądzić, że już to prawa nerka jest tak dalece zniszczona, że wcale nie wydziela moczu, już to że odpływanie wydzialanego moczu napotyka przeszkodę mechaniczną. Pewne dane przemawiały bardziej na korzyść tego drugiego przypuszczenia, mianowicie niewątpliwa obecność cieczy w nerce i nieprzedostawanie się tejże do pęcherza moczowego. Jeżeli zaś było istotnie tak, to jakiego rodzaju przeszkoda istniała w moczowodzie? Ponieważ sprawę gruźliczą, wobec braku gruźlicy w innych organach, przedewszystkiem zaś w pęcherzu moczowym, można było wyłączyć, najłatwiej było przypuścić, że ma się do czynienia z kamieniem, tkwiącym w jakimś odcinku odprowadzających dróg moczowych, i z wtórnem roponerczem.

Wobec tego rozpoznania, wobec wzrastającej gorączki i wyniszczenia pacyentki, L. zaproponował jej operacyą, uprzedzając, że taż może spowodować poronienie. Chora na zabieg przystała.

Mając na względzie, że zajdzie potrzeba obnażyć moczowód, cięcie L. poprowadził od wolnego końca 12-go żebra ku połowie Pouparta. Po dotarciu do nerki, z łatwością wyosobniono dolną połowę guza nerkowego. Trudniej było z górną. Była ona mocno zrośnięta z żebrami. Oddzielając palcem zrost, otworzono w nerce jamę, z której wypłynęła duża ilość cuchnącej, zielonkawej ropy. Następnie otworzono jeszcze jedną jamę w nerce z taką samą zawartością, i wówczas objętość nerki zmniejszyła się znacznie. Ostatecznie, wyosobiono i górną połowę nerki. Wówczas ze znacznemi trudnościami wypreparowano, podwiązano i odcięto naczynia nerkowe; nerka wisiała już tylko na moczowodzie.

Ten ostatni wymiarami przypominał kiełbasę, był wypełniony cieczą. Było oczywiste, że gdzieś na przebiegu moczowodu światło tegoż jest zamknięte. Wobec tego L. począł wyosabniać moczowód w kierunku ku pęcherzowi. Nie było to łatwe zadanie, gdyż twarda, zgrubiała ściana moczowodu była śliśle zrośniętą z tkankami otaczającemi w następstwie długotrwałego ureteritis i paraureteritis. Największe trudności nastręczało oddzielenie moczowodu od żyły i tętnicy biodrowej wspólnej. Poniżej tych naczyń, już w jamie małej miednicy, palec wymacał w moczowodzie kamień. W miej-

scu tem moczowód był rozszerzony, poniżej zaś wyraźnie węższy. Tuż poniżej rozszerzenia L. moczowód zawiązał i ponad podwiązką przeciął. Z moczowodu wypłynęło nieco ropy, podobnej do owej z nerki. Ranę częściowo zaszyto, częściowo wypełniono muślinem. Od operacyi upłynęły 2 tygodnie Przebieg zupełnie pomyślny. Chora zaczęła po operacyi oddawać 1000 — 1200 c. s. moczu na dobę. Przed 2 dniami poroniła.

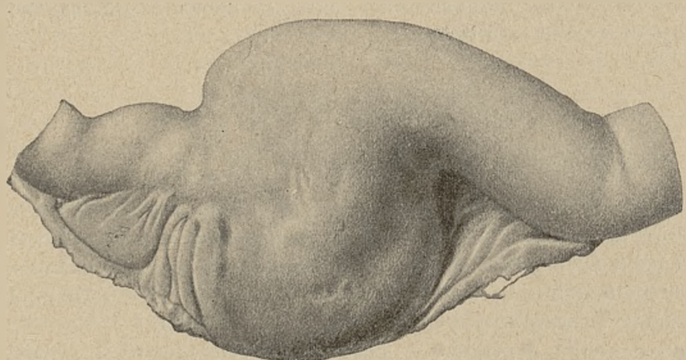
L. podkreśla, że wycinając nerkę należy starać się, o ile tylko jest to wykonalne, wyosabniać, podwiązywać i odcinać naczynia nerkowe osobno, nie zaś w ogólnej szypule. Następnie zaznacza, że w przypadkach, w których spodziewamy się mieć do czynienia z moczowodem, dobrze jest uciec się do podanego wyżej cięcia, które daje doskonały dostęp zarówno do nerki, jak do moczowodu. Przedłużając je aż do więzu Pouparta, można wyosobnić, względnie—wyciąć moczowód aż do pęcherza moczowego.

Przedstawiony preparat składał się z nerki i z kawałka moczowodu, długości ± 18 cm. Nerka wielkości główki noworodka. L naciął nieprzecięty dotychczas moczowód podłużnie. Z dolnego rozszerzonego końca wypadł kamień, wielkości ± orzecha włoskiego, o powierzchniach fasetkowatych. Ściana moczowodu w miejscu, gdzie leżał kamień, owrzodziała, inkrustowana, na ogół b. gruba. Po przecięciu nerki widać, że składa się ona z licznych, dużych jam; substancyi nerkowej niedużo, jest ona przeważnie bliźnowo zwyrodniała.

14. *Sawicki* przedstawia preparat uchyłka w jelicie cienkiem, spowodowanego zwężeniem gruźliczem tegoż jelita. Pacyent l. 38, szewc, przed 6 laty po zjedzeniu czegoś niestrawnego dostał pierwszego napadu bólów w brzuchu, które trwały kilka godzin i ustąpiły dopiero po zastosowaniu morfiny. W rok potem wystąpił takiż napad, a następnie tego rodzaju napady bólowe zjawiały się coraz częściej, co pół roku, potem co parę miesięcy, co parę tygodni, a wreszcie od jakiegoś czasu codziennie. Bóle zjawiały się zawsze w 4—5 godzin po jedzeniu, zwłaszcza po spożyciu mięsa lub surowizn. Bólom towarzyszyło przelewanie w kiszkach i wypuklanie się brzucha ponad spojeniem łonowem i w prawej okolicy biodrowej. Wypróżnienia pacyent miewał przeważnie prawidłowe, niekiedy bywały zaparcia, rozwolnień nie było. Żadnych cięższych chorób pacyent nie przechodził, od dość dawna pokasluje, w ostatnich czasach znacznie wychudł, co przypisuje stałemu głodzeniu się.

Zmęczony wciąż powtarzającymi się bólami wstąpił do szpitala Dzieciątka Jezus dla poddania się operacyi. Tu znaleziono: chory znacznie wychudzony, blady, z brzuchem zapadniętym, nie gorączkuje. W obu wierzchołkach objawy zgęszczenia mięższa płuca. W 4 — 6 godzin po obiedzie chory zaczyna doświadczać silnego bólu w dolnej części brzucha, przyczem ponad spojeniem łonowem zjawia się wypuklenie, występuje burczenie i wyraźne ruchy robaczkowe jelit. Ruchy te zaczynają sie ponad spojeniem i stąd idą ku górze i na prawo. Wypukiwanie daje w tejże okolicy objawy wzdęcia miejscowego (meteorismus localis). Rozpoznano zwężenie jelita cienkiego w odległości znacznej od dwunastnicy (bóle w 4—6 godzin po jedzeniu, brak wymiotów), wywołane prawdopodobnie gruźlicą.

D. 5/VIII, 1908 r. S. wykonał operacyę. W jamie brzusznej znaleziono po odsunięciu jelit ku górze pętlicę jelita cienkiego, znacznie rozszerzoną i zrostami umocowaną w wyjściu do miednicy małej. Zrosty te pod postacią kilku sznurków szły od pętli jelita do dna miednicy i miały długości około 3—4 cm. Ruchomość pętli była bardzo mała. Po przecięciu zrostów pętlę wydobyto nazewnątrz, i wówczas okało się, że ściana jelita w tem miejscu jest znacznie zgrubiała, a samo jelito mocno rozszerzone. Na odprowadzającym odcinku pętli jelito raptownie się przewęża, wskutek czego na tem miejscu powstaje rodzaj twardego pierścienia, mającego około 2 cm. długości. Poniżej tego pierścienia jelito jest zapadnięte, o ścianie wiotkiej, zmian patologicznych nie przedstawiającej. Natomiast tuż powyżej pierścienia znacznie rozszerzone jelito tworzy duży uchyłek, skierowany w stronę kreski. Otrzewna w okolicy pierścieniowatego przewężenia bliznowato zwyrodniona biaława, pokryta guziczkami, mającymi wygląd gruzełków. Takież guziczki znajdowały się i nieco powyżej przewężenia.



Ryc. do przemówienia Sawickiego.

Po nałożeniu zaciskadeł Doyen'a całą pętlę jelita aż do części niezmienionych wyrezekowano, poczem odcinki szwem trzypiętrowym spojono. Szew na ścianę brzuszną. Dwa dni po operacyi chory miał się zupełnie dobrze. W trzecim dniu zaczął gorączkować, przyczem wystąpiły objawy zrazowego zapalenia lewego płuca, do czego po kilku dniach przyłączyło się zapalenie opłucnej. W ciągu dni 5 ciepłota sięgała powyżej 39^0, poczem stopniowo zaczęła się obniżać, do normy jednakże już nie wróciła. Wysięk z opłucnej wessał się, płuco jednak przedstawiało objawy zapalnego nacieczenia z obfitą ilością rzężeń wilgotnych. W plwocinie po kilku tygodniach wykryto pałeczki Kocha. Chory, pomimo forsownego odżywiania, nie wracał do sił, a marniał coraz bardziej. W czasie demonstracyi preparatu stan chorego był bardzo zły *).

*) W końcu Grudnia pacyent zmarł w objawach znacznego zniszczenia lewego płuca i nacieczenia w prawem.

Wyciętą podczas operacyi pętlę jelita zbadano po stwardnieniu w formalinie. Długość jej wynosiła 23 cm. Ściana jelita w odcinku doprowadzającym, t. j. powyżej miejsca zwężenia, była trzy razy grubsza, niż w jelicie prawidłowem. Po rozcięciu pętli w kierunku podłużnym zdjęto poprzeczny wymiar jelita w różnych miejscach. Wynosił on w odcinku doprowadzającym 4,5 cm., na miejscu uchyłka — 9 cm., na miejscu przewężenia—2,5 cm. (patrz rycina). Śluzówka w odcinku doprowadzającym przedstawiała wyraźnie rozwinięte fałdy Natomiast w uchyłku, zamiast fałd, znaleziono rozsiane niewielkie nierówności, w kształcie brodawek, oraz gdzie niegdzie powierzchowne utraty nabłonka. Na miejscu przewężenia śluzówka była zamieniona na bliznę, a światło mogło przepuścić zaledwie cienki zgłębnik (preparat stwardniony).

W dyskusyi:

Karczewski zaznacza, iż w podobnym przypadku u 70-letniej kobiety zrobił enteroanastomozę z wynikiem pomyślnym. Wogóle w tych razach nie jest on zwolennikiem radykalizmu i sądzi, że samo zespolenie jelit może dawać lepsze wyniki, niż rezekcya.

POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

Posiedzenie dnia 29 Stycznia 1909 r.

Kasperowiczowa przedstawiła chorą z „uterus rudimentarius“.

Chora ma lat 34. Miesiączkowała raz jeden w ciągu jednego dnia w 18-ym roku życia. Od tego czasu miewała tylko „molimina menstrualia“ (ogólne niedomaganie, bóle krzyża, krwotoki z nosa). W 20-ym roku życia wyszła zamąż; przy pierwszym stosunku — silny krwotok.

Odtąd coitus prawidłowy, chora odczuwa „désir“ i „plaisir“. Zewnętrzny wygląd chorej zupełnie prawidłowy. Gruczoły mleczne z obu stron dobrze rozwinięte. Organy płciowe zewnętrzne nie przedstawiają nic szczególnego. Krótka pochwa kończy się ślepo.

Przy badaniu dwuręcznem znajdujemy typowy uterus rudimentarius w kształcie litery T. Jajnik prawy jest wielkości migdała, lewy — znacznie mniejszy.

Jako pendent do odczytów i dyskusyi na uprzednich posiedzeniach, przedstawił *Borsuk* preparat wyciętej macicy, zmienionej przez olbrzymie włókniaki. Guz dosięgał wielkości macicy w 9-ym miesiącu ciąży i przedstawiał tę osobliwość, że jama macicy przechodziła przez całą długość guza w kierunku falistym. Włókniaki były wszystkie śródmiąższowe, zajmowały trzon macicy i część nadpochwową szyi.

Borsuk zaznaczył, iż technicznych trudności w wykonaniu operacyi wcale nie napotkał, albowiem ułożenie chorej modo Trendelenburg niezmiernie ułatwiło dostęp do dna macicy i znajdujących się tam narządów. Po podwiązaniu z obu stron więzów szerokich i obłych, po nadcięciu otrzewnej dokoła macicy z łatwością odsunięto pęcherz ku prodowi, z łatwością odnaleziono tętnice maciczne i je podwiązano; potem — częściowo nożem, częściowo na tępo — dotarto aż do pochwy, którą od tyłu nasamprzód otwarto,

a potem tą drogą wydalono całą macicę. Moczowodów śród całego zabiegu nie spostrzeżono. Rozcięte brzegi otrzewny ze sobą zeszyto i tym sposobem całą ranę w miednicy zamknięto, po uprzedniem wprowadzeniu 2 pasków gazy, jako sączków przez pochwę do części podotrzewnowych. Dalszy przebieg operacyi był zwykły, a więc sieć ściągnięto aż do spojenia łonowego, przykrywając nią trzewia, i wreszcie ranę brzuszną zaszyto szwem trzypiętrowym. Operacya trwała $1^1/_2$ godziny. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Solonowicz przedstawiła chorą, dotkniętą *carcinosi vulvae*. Jeden guzek jest umiejscowiony na wardze sromnej małej lewej, drugi — na kroczu. Gruczoły pachwinowe powiększone. Chorą zakwalifikowano do zabiegu.

Z powodu wspomnianej chorej *Stankiewicz* zaznaczył, iż, ze względu na gruczoły, chora do operacyi właściwie nie nadaje się. Przy okazyi St. mówił o zastosowaniu *nowych* metod w leczeniu raka, mianowicie fulguracyi (Keating-Hart'a) i radiumterapii. Ta ostatnia, zdaniem St., o ile sądzić można z wyników, otrzymanych przez Dominici, ma wielką przyszłość w leczeniu raków macicy, nie nadających się do operacyi doszczętnej.

W przypadku Solonowiczówny, gdzie nowotwór położony jest zewnętrznie, St. uważałby za pożyteczne dopełnienie zabiegu krwawego fulguracyą, co na zachodzie znajduje w chwili obecnej szerokie zastowanie.

Zdaniem *Karczewskiego* obecność powiększonych gruczołów w przypadku omawianym bynajmniej nie stanowi przeciwwskazania do zabiegu. Wszak w przypadkach raka sutki operujemy bez względu na to, że znajdujemy powiększenie gruczołów pod pachą.

Dalej K. zaznacza, iż sam miał przypadek raka sromu z powiększeniem gruczołów w pachwinach, jednak chorą operował, usuwając jednocześnie oba pakiety gruczołów. Z wyniku operacyi jest K. zupełnie zadowolony: chora jest po operacyi już 3 lata.

Co do fulguracyi, K. przypomina, iż zdaniem Czernego — nie ma ona żadnej wartości, przeciwnie—raczej przyspiesza powstawanie licznych przerzutów.

Zaborowski, nie uważając sprawy operowania włókniaków, poruszonej na posiedzeniu poprzedniem, za wyczerpaną, powraca do niej, zalecając wielką ostrożność co do rokowania w przypadkach ciąży, powikłanej istniejącymi współcześnie guzami. W pewnych przypadkach, pomimo licznych i powiększających się jeszcze pod wpływem ciąży włókniaków, ta ostatnia przebiega i kończy się zupełnie prawidłowo, w innych zaś mniejsze nawet, lecz umiejscowione mniej pomyślnie—włókniaki stać się mogą przyczyną poważnych powikłań podczas porodu. Na poparcie powyższego przedstawił Z. dwa przypadki, które spostrzegał w ostatnich czasach.

W przypadku pierwszym młoda, 32-letnia kobieta, zachodzi w ciążę po 10 latach małżeństwa, pomimo włókniaków, rozpoznanych już od lat czterech i kwalifikowanych wielokrotnie do operacyi.

Z powodu następnej, a nieuniknionej, niepłodności chora na zabieg zgodzić się nie chciała. Zaszła w ciążę, donosiła i przed trzema i pół miesiącami urodziła prawidłowo. Największy włókniak, który przed ciążą nie był większy od pomarańczy, rozrósł się do wielkości głowy donoszonego

płodu. Od porodu zaś począł się zmniejszać i dziś nie przekracza wielkości pięści. W tym samym stosunku zmniejszyła się i reszta nowotworów. Chora miesiączkowała prawidłowo już dwukrotnie.

Mniej pomyślnie przedstawia się stojący niejako na przeciwległym biegunie przypadek drugi, w którym włókniaki, nierównie mniejsze, stały się podczas porodu przyczyną zupełnej dystocyi. Włókniaki te wychodziły z części pochwowej i zamykały zupełnie wejście do miednicy małej. Chorą rozwiązano przez dokonanie śród najtrudniejszych warunków—cięcia cesarskiego, po którem Z. wobec niemożności zeszycia zwyrodniałej i usianej włókniakami ściany macicy, usunął tę ostatnią doszczętnie.

Na przedstawionym preparacie widać poniżej ujścia wewnętrznego, w części pochwowej, oba guzy, które stały się przyczyną powikłań. Kończąc demonstracyę, Z. przedstawił długi zgłębnik, o którym wspominał na poprzedniem posiedzeniu, a którym posługuje się stale, chcąc po laparotomii przeprowadzić z otrzewny do pochwy podwiązki, gazę, sączek it d.

W dyskusyi *Karczewski* oświadcza, iż w przypadkach ciąży, powikłanej przez obecność włókniaków w macicy, niejednokrotnie właściwie nie posiadamy kryteryum w traktowaniu takich przypadków, zarówno podczas ciąży, jak i podczas porodu. Istotnie, w pewnych razach guz, zamykający np. wejście do miednicy małej, *nie odsunie się* ku górze, przez co uniemożebnia odbycie się porodu per vias naturales, natomiast w innych, a podobnych przypadkach, guz, wbrew wszelkiemu oczekiwaniu, odciągnie się i chora rodzi przez pochwę. Taki właśnie przypadek spostrzegał Karczewski.

Co do podanych przez rozmaitych operatorów narzędzi, ułatwiających rzekomo wykonanie operacyi, Karcz. jest zdania, że wszystkie one są zbyteczne, gdyż po zdobyciu pewnej wprawy w operowaniu mięśniaków macicy wystarcza zawsze zwykłe instrumentaryum. Uważa tedy za zbyteczny i zgłębnik, przez Zaborowskiego proponowany, i wogóle nie pojmuje, po co Zaborowski zgłębnik ten wymyślił. Przecież od czasu, gdy do podwiązek stale używamy katgutu, obcinamy krótko nitki, których do pochwy ściągnąć zupełnie nie potrzebujemy.

Borysowicz zwraca uwagę, iż zamiast proponowanego przez Zaborowskiego klampa, umieszczonego w tylnem sklepieniu i ułatwiającego wyprowadzenie części pochwowej przez otwór otrzewny przy operowaniu metodą Doyen'a, można użyć zwykłego kulociągu.

Uczestniczył w dyskusyi i *Neugebauer*. Przemówienie swoje, szerzej opracowane, Neug. ogłosi drukiem.

Odpowiadając Karczewskiemu, który celu i potrzeby omawianego zgłębnika „nie pojmuje", Zaborowski wyraża swoje z tego powodu zdziwienie, albowiem—z punktu widzenia aseptyki — logiczniejszem i więcej racyonalnem być musi wprowadzenie narzędzia z czystej otrzewnej do mniej czystej pochwy, aniżeli z mniej czystej pochwy do czystej otrzewny.

W podniesionej przez Karczewskiego kwestyi nie posiadania przez nas właściwego kryteryum w traktowaniu wielu przypadków ciąży, powikłanych przez obecność włókniaków w szyi macicy, *Cykowski* stwierdził, iż w odnośnych przypadkach, *za jedyne* kryteryum w postępowaniu lekarskiem

uważać można *li tylko przebieg ciąży i porodu.* Jeżeli guz, z szyi macicy wychodzący i zamykający wejście do miednicy małej, podczas porodu odsunie się ku górze—oczywiście poród może odbyć się drogą naturalną. Z drugiej atoli strony — w wielu razach podobny guz nie objawia żadnej tendencyi do odciągnięcia się ku górze i stanowi bezwzględną przeszkodę do odbycia porodu przez pochwę. Właśnie o przypadku podobnym mówił C. w roku zeszłym, na posiedzeniu sekcyi ginekologicznej: obecność guza zmusiła Cykowskiego do dokonania cięcia cesarskiego.

Z powyższych danych możemy ten wyprowadzić wniosek, iż w omawianej kategoryi przypadków ciąży należy być *bardzo ostrożnym* w wypowiadaniu swego zdania zarówno o potrzebie przerywania ciąży, jak i nieodzowności operacyjnego ukończenia porodu, rsp. rozwiązania chorej przez powłoki brzuszne.

PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH Z DZIEDZINY CHIRURGII I GINEKOLOGII, WYDRUKOWANYCH W PISMACH LEKARSKICH POLSKICH W R. 1909.

Gazeta Lekarska. J. Hornowski. O przyczynie śmierci po zabiegach operacyjnych. №№ 2, 3. — Al. Żebrowski. Przypadek ropnego zapalenia obydwu wyrostków sutkowych po urazowem pęknięciu błon bębenkowych. Obustronne wydłutowanie wyrostków. Wyzdrowienie. № 4. — H. Goldberg. Współczesny stan nauki o znieczuleniu lędźwiowem z podaniem 100 własnych przypadków. № 6 i 7. — L. Zembrzuski. Torbiel sieci. № 8. — Fr. Kijewski O torbielach trzustki. №№ 10, 11, 13, 15, 16, 17. — Bohdanowicz. Przyczynek do leczenia niektórych wysięków stawowych. № 10. — An. Waszkiewicz. Cięcie cesarskie w przypadku miednicy ukośnie ścieśnionej wskutek zesztywnienia spojenia krzyżowo-biodrowego. №№ 13, 15. — Z. Bychowski. O niektórych wskazaniach do radykalnej i paljatywnej trepanacyi w nowotworach mózgu. №№ 15, 16, 17, 18, 20. — J. Świątecki. Przypadek nerki chirurgicznej, leczony odłuszczeniem torebki nerkowej. № 17. — J. Werkstejn. Krwiak poporodowy w jamie kulszowo-odbytniczej. № 21.

Ginekologia. B. Wojciechowski. Uwagi nad 5 przypadkami cięcia cesarskiego sposobem Fritsch'a.

Medycyna i Kronika Lekarska. Z. Batawia i K. Okuszko. Przypadek septycznego zakrzepu poprzecznej zatoki mózgowej z zajęciem błędnika № 3. — L. Krauze. O wnętrostwie i jego leczeniu №№ 7 i 8. — J. Leyberg. O stosowaniu przekrwienia zastoinowego w leczeniu rzerzączki szyi macicznej. №№ 10 i 11. — A. Oszman i H. Sarcewicz. Przypadek międzyżebrowej przepukliny trzewiowej. — J. Saks. 11 przy-

padków cięcia cesarskiego z zejściem pomyślnem dla matek i dzieci, i kilka uwag o postępowaniu leczniczem przy miednicach ścieśnionych. №№ 15 i 16. — Al. Wertheim. Przyczynek do dyagnostyki powikłań w zapaleniu wyrostka robaczkowego. № 18. — J. Szmurło. O ropniach pochodzenia usznego i o ich leczeniu.. №№ 19, 20, 21, 22. L. Zamenhof. Przypadek ostrego samoistnego zapalenia szczęki górnej. № 23 — J. Poczobut. O nadużywaniu skrobania i wewnątrzmacicznego wstrzykiwania w chorobach macicy, a w szczególności w gorączce połogowej. №№ 23, 24.

Odczyty kliniczne. Skłodowski. O rozpoznawaniu i wskazaniach do operacyi w kamicy nerkowej niepowikłanej. Zesz. 4. 5.

Przegląd Lekarski. S. Rudzki. Empyema pulsans. №№ 2—5. — B. Engländer. Przypadek pęknięcia przepukliny pępowinowej podczas porodu. № 8. — J. Gawlik. Przypadek podskórnego pęknięcia wątroby od urazu tępego, wyleczony przez operacyę. № 11. — H. Goldberg. Zgorzel pętli esowatej wskutek skręcenia krezki. № 11. — J. Pieniążek. Rak pierwotny języczka. № 12. — T. Ostrowski. Uwagi nad operacyą Talmy. №№ 16, 17. — St. Peszyński. Ciąża zewnątrzmaciczna, jej rozpoznawanie i wskazania lecznicze №№ 19, 20, 21. — Raszkes. Przypadek ciąży brzusznej. № 23.

Tygodnik Lekarski. Małaniuk. Kilka uwag w sprawie leczenia tężca. № 4. — L. Rydygier. W sprawie transperitonealnego otwarcia pęcherza. № 9. — Małaniuk. Odmiana igły Dechampsa. № 10. — Bochenski. Uwagi nad dekapsulacyą nerek przy eklampsyi. №№ 18, 19, 20.

Redaktor A. Leśniowski. Wydawca C. Stankiewicz.

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka 17.